

Elemente de psihosomatică generală și aplicată

Sub redacția I. B. Iamandescu



Editura INFO *Medica*

sub redacția
Joan Bradu Iamandescu

Autori:

Grigore Bușoi, Carmen Ciofu, Lilliana Diaconescu,
Corneliu Dragomirescu, Ina Ionescu, Iolanda Mitrofan,
Coralia Mîrșu Păun, Cristian Sever Oană, Fraga Pavellu, Sorin Pavellu,
Ovidiu Popa Velea

Elemente de psihosomatică generală și aplicată

INFO *Medica*

București
1999

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
IAMANDESCU, BRADU IOAN
Elemente de psihosomatică generală și aplicată/ Ioan
Bradu Iamandescu
București: Infomedica, 1999
341 p; 24 cm
Bibliogr.
ISBN: 973-9394-14-0
616.89:616

©1999 - **INFOMEDICA** s.r.l.

Elemente de psihosomatică generală și aplicată
Ioan Bradu IAMANDESCU

ISBN: 973-9394-14-0

Toate drepturile rezervate Editurii **INFOMEDICA**.
Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată
fără permisiunea scrisă a Editurii **INFOMEDICA**.

Drepturile de distribuție în străinătate
aparțin în exclusivitate editurii.

Copyright ©1999 by **INFOMEDICA** s.r.l.
All rights reserved.

Apărut 1999

Editura **INFOMEDICA**

București
Șos. Panduri 35, Bl. P1, Sc. B, Ap. 34
Tel.: 781 42 98;
Fax: 781.34.28

Redactor: Luminița Butnaru
Tehnoredactor: Lorena Colisniuc

sub redacția
Joan Bradu Iamandescu

Autori:

Grigore Bușoi, Carmen Ciofu, Liliانا Diaconescu,
Corneliu Dragomirescu, Ina Ionescu, Iolanda Mitrofan,
Coralia Mîrșu Păun, Cristian Sever Oană, Fraga Paveliu, Sorin Paveliu,
Ovidiu Popa Velea

Elemente de psihosomatică generală și aplicată

Autori

□ DR. GRIGORE BUȘOI

- medic primar MG/MF
- Dispensarul Apusului
- Policlinica Sector 6, București

□ DR. CARMEN CIOFU

- medic primar pediatriu
- Șef Secție Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Prof. Alfred Rusescu”

□ AS. UNIV. DR. LILIANA DIACONESCU

- Catedra de Psihologie Medicală,
UMF „Carol Davila” București

□ PROF. DR. CORNELIU DRAGOMIRESCU

- Clinica de Chirurgie, Spitalul „St. Ioan” București
- UMF „Carol Davila” București

□ CONF. DR. IOAN BRADU IAMANDESCU

- Catedra de Psihologie Medicală, UMF „Carol Davila” București
- Spitalul Clinic „N.Gh. Lupu” București - Alergologie

□ PSIHOL. INA IONESCU

- Catedra de Psihologie Medicală,
UMF „Carol Davila” București

□ PROF. DR. IOLANDA MITROFAN

- Catedra de Psihologie,
Departamentul Master în Psihoterapie și Psihodiagnostic
Universitatea București
- Președinte al Societății Române de Psihoterapie Experiențială

□ PSIHOL. PRINCIP. CORALIA MÎRȘU PĂUN

- Cercetător științific gradul II
- Institutul Oncologic București,
Departamentul de Recuperare Psihofuncțională

□ DR. CRISTIAN SEVER OANĂ

- medic primar MG/MF
- Dispensarul Apusului
- Policlinica Sector 6, București

□ ȘEF DE LUCRĂRI DR. FRAGA PAVELIU

- Catedra de Biochimie, UMF „Carol Davila” București
- medic primar endocrinolog, Spitalul Clinic Universitar București

□ DR. SORIN PAVELIU

- medic specialist medicină internă
- Centrul Medical „Carol Davila”

□ AS. UNIV. DR. OVIDIU POPA-VELEA

- Catedra de Psihologie Medicală, UMF „Carol Davila” București
- Institutul de Pneumoftiziologie „M. Nasta” București

Prefață

De la Hipocrat, adevărat părinte al medicinei psihosomatice, și până în zilele noastre observațiile clinice au reușit să aducă în centrul dezbaterilor medicale o serie de factori de ordin psihologic ce participă, direct sau indirect, la debutul și ritmarea evoluției bolii (mergând până la complicații sau deces), constituind adesea factori de rezistență la tratament sau, dimpotrivă, de potențare a acestuia.

Treptat s-au acumulat date convingătoare privind comportamentele nocive pentru sănătate (dar și cele utile pentru sanogeneză), toate având veritabile „rădăcini psihologice”, formulă prin care am încercat să evidențiez legătura lor cu psihologia medicală.

Un moment fundamental în istoria psihosomaticii l-a constituit apariția conceptului de stres psihic, legat de numele lui Hans Selye, a cărui viață - ca și cariera sa medicală - a fost asociată cu cea a unui arhitect al catedralei - încă nefinisată - reprezentată de această veritabilă placă turnantă între acțiunea stimulilor psihici și răspunsul maximal dat de organismul individului sănătos sau deja bolnav.

Aș aduce, în acest moment al unui istoric extrem de sumar al psihosomaticii, un omagiu unui mare precursor, Cannon, care - descriind reacțiile fundamentale ale stresului psihic („fight” sau „flight”) a pierdut posibilitatea de a ajunge la concluzii similare datorită nivelului încă precar al cunoștințelor de fiziologie din vremea sa.

Trecând peste formularea principalelor concepte ale psihosomaticii, ce vor fi abordate în două capitole ale acestei lucrări, este suficient doar să definim într-un mod extrem de succint ce este psihosomatica și ce reprezintă ea pentru practica și cercetarea medicală. În primul rând ea este o concepție integralistă a medicinei, prin aceea că la în considerare nu numai factorii fizico-chimici și biologici ce intervin în etiologia bolii (modelul bio-psiho-social al lui Engel), ci și pe cei psihologici. Spre deosebire de psihologia medicală, care și ea studiază acești factori psihici (cu o extensie asupra sorgintei lor sociale, deci factorii psiho-sociali), psihosomatica se apleacă în mod prioritar asupra mecanismelor psiho-fiziopatologice prin care excitația psihică este convertită într-o activitate somatică (de la modificări de tonus muscular sau de vasomotricitate cutanată și până la perturbarea activității viscerale).

Aceste procese psihosomatice, legate de activitățile sistemului limbic și de medierea complexă neuro-endocrino-vegetativă și imunologică, ancorează adesea - în ciuda unei axiomatici reversibilități - într-un proces patologic favorizat de o meliopragie de organ preexistentă, fie datorită unei inducții genetice, fie edificată în cursul interacțiunii subiectului afectat cu factorii de mediu natural și social. Mai puțin se vorbește despre tulburările somato-psihice care închid un cerc vicios cu tulburările psihosomatice, dar prezența lor este reflectată în mod pregnant în deprecierea calității vieții omului bolnav și în relația acestuia cu medicul și echipa de îngrijire.

O astfel de viziune personală asupra bolilor psihosomatice, edificată în peste două decenii (1974-1999), mi-a fost sugerată de practica medicală de internist și alergolog pe care am potențat-o prin noua optică, cea de psiholog - edificată în mod progresiv - de cunoștințele obținute prin frecventarea facultății de Psihologie între anii 1970-1974. În această direcție, inclusiv în elaborarea tezei de doctorat cu tematica de Psihosomatică, am beneficiat - ca și în prezent - de îndrumarea plină de substanță intelectuală și bunăvoință a D-lui Prof. dr. Radu Păun, un entuziast sprijinitor al introducerii psihologiei în învățământul medical românesc, inclusiv în clinicile medicale.

Având prilejul să cunosc la fața locului câteva fișuri ale Psihosomaticii europene (Elveția și Germania), am constatat că, dincolo de sechelele de tip psihanalitic ale Psihosomaticii clasice, apare tot mai frecvent desprinderea psihosomaticii actuale de cordonul ombilical care o leagă de psihiatrie, accentul abordării medicale psihosomatice punându-se pe elementele unei psihologii actuale, „hic et nunc”, dar bazată pe noțiuni recente de psiho-neurofiziologie, endocrinologie și imunologie.

Legitimitatea includerii unor elemente ale psihologiei în componența actului medical („perspectiva psihologică a acestora”) poate fi acceptată de către medici numai dacă o astfel de abordare integrativă a omului bolnav nu face abstracție de faptul că majoritatea acuzelor somatice - cu care un bolnav „nepsihiatric” se prezintă la consultația medicală - este indusă, în primul rând, de cauze „materiale” (fizico-chimice, biologice), asociate sau precedate însă de acțiunea unor factori psihici al căror efect ulterior poate să îmbrace caracterele unui veritabil trigger nespecific.

Revenind la modelele occidentale în privința asistenței medicale a bolilor psihosomatice, am constatat că există clinici cu acest profil în care terapeuții chemați să rezolve problemele pacienților cu o astfel de patologie, lucrând obligatoriu „în echipă”, fie posedă specialitatea medicală de „psihoterapeut”, fie sunt psihologi, fiziokinetoterapeuți sau chiar interniști cu studii de psihologie.

Aceste unități clinice de psihosomatică (există în institute cu acest profil în cadrul Universităților de Medicină!) colaborează constant cu un psihiatru „de legătură” care le vizitează periodic.

Faptul că în aceste țări menționate s-au conturat o serie de ramuri aplicative ale psihosomaticii, precum psihosomatica ginecologică, reumatologică, etc., a inspirat includerea în cartea de față, ca și în titlul ei, de altfel, a sintagmei de „psihosomatică aplicată”.

Acest volum, ilustrând - fie și incomplet - un domeniu așteptat de peste un deceniu spre a fi ilustrat printr-o apariție editorială, încearcă - odată cu problematica pe care o înfățișează - să acrediteze ideea că un astfel de câmp de interferență dintre medicină și psihologie începe să-și creeze o bază teoretică românească și o arie de aplicații în sânul unei populații afectate de lipsa unor mijloace elementare diagnostice și terapeutice (remarcă valabilă, desigur, pentru cei mulți, dependenți de „compensate”).

Din fericire, aceste aplicații ale psihosomaticii nu necesită medicamente sau explorări costisitoare, deși ele amplifică în mod consistent efectul

medicației, ci doar o „părțică de suflet” din partea fiecărui medic angrenat în actul terapeutic și, ceva mai mult, o riguroasă activitate a psihologului, chemat să întregască - cu armele și bagajele meseriei sale - tratarea pacienților cu boli severe sau cu evoluție cronică, descurajantă.

Poate că destinul cărții de față este mai puțin acela de a aduce precizări conceptuale și date noi din domeniul psihosomaticii, cât o tentativă menită a demonstra faptul că psihosomatica a început să se „facă” și în România, chiar dacă încă sporadic și lipsită de un sprijin consistent la nivel instituțional (psihosomatica fiind absentă din nomenclatorul specialităților medicale, și din învățământul superior medical).

Faptul că la elaborarea acestei cărți au acceptat să participe distinși colegi cu preocupări susținute în domeniul psihosomaticii, jumătate dintre dânsii fiind psihologi - absolvenți sau în devenire - constituie un argument pentru mine, ca editor al lucrării - și, ani de zile, un „alergător de cursă lungă” pe acest traseu al psihosomaticii - să consider că „numai împreună vom reuși” să canalizăm un curent de opinie deja existent în favoarea psihosomaticii, pe făgașul unei organizări instituționale.

Un optimism incurabil ne îndeamnă să sperăm că se va putea găsi, în cele din urmă, un „algorithm funcțional” (nu politic!) adaptat la realitățile medicale din țara noastră, inclusiv interlocutori avizați în rândul factorilor decizionali, academici sau instituționali, cu toții capabili să ofere un cadru legal, organizat, de dezvoltare a psihosomaticii. O astfel de perspectivă ar putea conduce, în mod sigur, la optimizarea actului medical și la o mai demnă postură a omului suferind.

Aduc mulțumirile noastre colectivului redacțional al Editurii Infomedica pentru realizarea în condiții optime și în timp record a tehnoredactării volumului de față.

În ceea ce privește destinul lucrării noastre, așteptăm cu interes verdictul unui public de cititori interesați de psihosomatică pe care ni-l dorim a fi critici constructivi, mănați de aceleași bune intenții precum acelea ale autorilor acestei cărți.

Conf. dr. Ioan Bradu Iamandescu

Sumar

I. Psihosomatică generală

- 1. Introducere. Spre o psihosomatică modernă1**
Ioan Bradu Iamandescu
- 2. Concepte clinice fundamentale în psihosomatică15**
Grigore Buşoi
- 3. Tulburări şi boli psihosomatice. Tentativă de reformulare a unor concepte generale ale psihosomaticii.....25**
Ioan Bradu Iamandescu
- 4. Stresul psihic - concept fundamental ancorat în psihosomatică41**
Ioan Bradu Iamandescu
- 5. Mecanisme adaptative de ajustare (coping) în stresul psihic. Implicaţii în practica medicală.....61**
Ovidiu Popa Velea
- 6. Hormonii de stres.....73**
Fraga Paveliu, Sorin Paveliu
- 7. Abordarea psihosomatică a bolnavilor**
 - a. Principii generale de abordare psihosomatică89**
Ioan Bradu Iamandescu
 - b. Algoritm de abordare a bolnavilor psihosomatici.....97**
Ovidiu Popa Velea
 - c. Relaţia de comunicare în medicina de familie113**
Cristian Sever Oană

8. Elemente de psihoterapie a bolnavilor psihosomatici

a. Psihoterapia experiențială în bolile psihosomatice127

Iolanda Mitrofan

b. Impactul psihosomatic al muzicii - premisă a muzikoterapiei.....143

Ioan Bradu Iamandescu

9. De la grupurile Balint la modelul Monte Verita - elemente concrete de formare psihosomatică a medicului.....159

Ina Ionescu

II. Psihosomatică aplicată

1. Psihosomatică cardiovasculară167

Ioan Bradu Iamandescu

2. Psihosomatică reumatologică193

Ioan Bradu Iamandescu

3. Psihosomatică alergologică205

Ioan Bradu Iamandescu

4. Psihosomatică endocrinologică255

Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

5. Psihosomatică chirurgicală271

Corneliu Dragomirescu, Ioan Bradu Iamandescu,
Ovidiu Popa Velea

6. Psihosomatică oncologică285

Coralia Mîrșu Păun

7. Particularități ale abordării psihosomatice în cadrul medicinei de familie.....313

Grigore Bușoi

8. Algoritm de investigație psihosomatică în pediatrie.....321

Carmen Ciofu, Liliana Diaconescu

I. Psihosomatică generală

Capitolul 1

INTRODUCERE.

SPRE O PSIHO-SOMATICĂ MODERNĂ, APLICATĂ, ANCORATĂ ÎN COMPLEXITATEA NOILOR COORDONATE ALE ACTULUI MEDICAL

Ioan Bradu Iamandescu

Concepția psihosomatică în medicină stă la baza diagnosticului și tratamentului omului bolnav, analizat în mod global, adică prin prisma datelor „medicale” furnizate de examenul clinico-anamnestic și de investigațiile paraclinice, dar și din perspectiva psihologică a trăirilor sale, generate de suferința sa patologică și de către echipa terapeutică. Această concepție devine o adevărată **mentalitate de abordare a pacientului** de către medicii zilelor noastre (vezi caracterele generale ale acestei concepții în tabelul 1).

**Tabelul 1. Concepția psihosomatică în medicină.
Caractere generale.**

1. Concepție holistică (integrativă) - unitatea dintre SOMA și PSIHIC.	4. Reliefarea la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilități la stres: - psihică - de organ
2. Bazată pe observații clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice etc.	5. Impunerea stresului psihic ca factor de risc major în patogeneză : - aparent exclusiv - sumativ.
3. Includerea influenței mediului social (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii (VON UEXKUELL: def. BPS).	

Înainte de a se decanta elementele concepției psihosomatice, așa cum este ea văzută astăzi ca stând la baza așa numitei medicine integrative („holistice”, „Ganzheitmedizin”), s-a utilizat termenul de „boli psihosomatice”, iar în ultimele decenii, cel de „medicină psihosomatică”, analiza lor fiind efectuată puțin mai departe (capitolul 2). Indiferent de adecvarea terminologiei și mai ales de sfera de cuprindere a bolilor psihosomatice (întrucât întreaga medicină este, mai mult sau mai puțin psihosomatică), pentru practica medicală prezintă o imensă importanță faptul că **circa o treime din tulburările cu care se prezintă pacienții la consultații au exclusiv o cauză psihologică** iar într-o serie de boli (psihosomatice), ca de exemplu infarctul miocardic, factorul psihic a fost statuat ca veritabil factor de risc (vezi tabelul 2).

Tabelul 2. Premise ale aplicării concepției psihosomatice în practica medicală

1. Simptomele acuzate de cca. 30% bolnavi = expresia unui stres psihic	3. Factorul psihic
- cronic	- agravează evoluția bolilor
- acut	- factor de rezistență la tratament
	- factor de risc în apariția unor boli (infarct miocardic, HTA, etc.).
2. Boala însăși = sursă de stres	4. Psihoterapia potențează efectul terapeutic al medicației.

1. Conceptul de abordare psihosomatică

Abordarea psihosomatică a oricărui bolnav tinde să devină o modalitate curentă în conducerea demersurilor diagnostice și terapeutice din perspectiva holistică (integrativă) a actului medical. Acest **mod de evaluare a situației concrete a bolnavului, inserată într-un context biologic și psiho-social**, are în vedere atât datele de patologie propriu-zisă, cât și pe cele privind comportamentul, dar și trăirile neexteriorizate ale omului suferind (**pacientul = bolnavul real sau închipuit**).

Afirmăm că, în prezent, există deja această tendință pozitivă, referindu-ne, în primul rând, la medicii unor țări dezvoltate, în care grija pentru ființa umană extinde investigațiile diagnostice - suplimentate cu investigații psihologice - până în **domeniul aprecierii indicilor de calitate a vieții**, modificați de disconfortul psihic și somatic caracteristic bolii, nu rareori acesta fiind indus de către înseși mijloacele terapeutice. O preocupare în devenire este și aceea consacrată **evaluării factorilor psiho-sociali și socio-economici ai complianței terapeutice**.

Această "tendință" a fost prezentă, de la Hipocrat și până în zilele noastre (vezi tabelul 3 - istoricul Psihosomaticii), la toți acei clinicieni cu trăsături relaționale, naturale sau cultivate prin lecturi cu conținut psihologic, ajutându-i pe medicii respectivi să triumfe într-un mod mai convingător (dar și mai rapid) asupra bolii.

Tabelul 3. Istoricul Psihosomaticii *

Unitatea psyche-soma- subliniată încă din Antichitate (Hipocrat)
Filozofii din sec. XVII - Descartes, Spinoza, Leibniz - relația minte-corp (dualism)
Johann Christian Heinroth (1773, 1843) - inventatorul termenului "psihosomatic"
1885 Freud - Instanțele personalității, nivele de conștientizare ale proceselor psihice, etapele dezvoltării instinctuale, transfer, psihanaliză
1899 Pavlov - Influența emoției asupra proceselor fiziologice, reflexele condiționate

- 1912 Adler - *Locus minoris resistentiae*
 1922 Deutsch - *Nevroze de organ*
 1943 Fl. Dunbar - *Profiluri de personalitate specifice pentru fiecare BPS*
 1946 Selye - *Sindromul general de adaptare (SGA)*
 1950 Alexander - *Specificitatea conflictului*
 1957 Hinkle, Wolff - *Factori de mediu = rol determinant*
 1963 von Uexkull - *Diferențierea tulburărilor de conversiune*
 1963 Marty, de M'Uzan - *Gândire operatorie*
 1966 Schafer - *Sociopsihosomatica*
 1973 Sifneos, Nemiah - *Alexitimia*
 1974 Bateson - *Teoria generală a sistemelor*
 1981, 1985 Locke, Besedovsky - *Implicarea SP în funcționarea sistemului imunitar (psihoneuroimunologie).*

* reprodus după Dr. Liliana Diaconescu

În ultimele 2 decenii, procesul de instruire a forței medicale din țările occidentale include o serioasă educație psihologică, concretizată prin "alocarea", în Elveția de ex., a 6 semestre pentru studierea psihologiei medicale și psihosomaticii.

Întrucât vom acorda un alt capitol, mai amplu, conceptelor de bază ale psihosomaticii, vom încerca în acest capitol introductiv să prezentăm succint sub formă de tabele, perspectivele și obiectivele acestei concepții (inclusiv problemele pe care ea le ridică) (tabelele 4 și 5). (Toate aceste tabele cu excepția tabelului 5, sunt reproduse din Psihologia Medicală, I.B.Iamandescu, Ed. Infomedica, 1996, p.107, 108 și 122).

Tabelul 4: Concepția psihosomatică - perspective actuale, cu implicații în gândirea medicală

- | | |
|--|---|
| 1. Remodelarea comportamentelor nocive pentru sănătate, generatoare de boli psihosomatice (fumat, sedentarism, alimentație etc.) | 4. Descifrarea mecanismelor convertirii tulburărilor psihice în procese patologice. |
| 2. Stabilirea precisă a ponderii participării SP în geneza și agravarea îmbolnăvirilor. | 5. Elaborarea de conduite antistres individuale și colective. |
| 3. Studiarea detaliată a corelatelor fiziologice ale emoțiilor. | 6. Reumanizarea R.I.P. - medic - pacient. |

În ceea ce privește **obiectivele abordării psihosomatice**, ele trebuie să fie acceptate de către oricare medic, întrucât bolnavul prezentat la consultație nu este un simplu obiect ce necesită reparații. El reacționează în mod inevitabil, și în plan psihologic (după Piaget, în planul intelectual, cel afectiv și cel moral) în cadrul relației sale cu medicul, dar și acesta din urmă nu

poate și nu trebuie să rămână indiferent, ca participant la o relație duală încărcată masiv cu elemente psihologice. Având în vedere natura dublă a relației („medicală și psihologică”) dintre medic și pacient dar și influența bi-univocă dintre psyche și soma, abordarea psihosomatică a bolnavului devine nu numai inerentă ci necesită, în plus, o structurare a unor obiective pe care le-am înfățișat în tabelul 5 (modificat după Iamandescu 1998).

Tabelul 5. Obiectivele abordării psihosomatice

- 1. Stabilirea ponderii factorului psihic**
 - în apariția BPS (factor de risc asociat)
 - în ritmarea evoluției BPS (trigger - declanșant)
 - ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al BPS
- 2. Impactul BPS asupra psihicului bolnavului**
 - reculul somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;
 - afectarea indicilor de calitate a vieții și a inserției socio-profesionale
 - așteptarea anxioasă a recidivelor bolii
- 3. Personalitatea bolnavului**
 - premorbidă („primară”) ← (factor genetic + factori de risc biografici)
 - secundară bolii
- 4. Tulburări neuro-psihice induse de BPS (sau coexistente ori precedând BPS)**
- 5. Psihoterapia BPS - obiective**
 - strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)
 - modalități de antrenament pentru confruntare cu SP
 - influențarea efectivă a simptomelor BPS
 - prioritatea pentru formule de relaxare și participare în grup
- 6. Asigurarea unei bune complianțe terapeutice**
 - parteneriatul pentru sănătate dintre medic și pacient
 - asigurarea monitorizării tratamentului
 - combaterea factorilor psihici perturbanți
 - implicarea familiei ± personalului medico-sanitar auxiliar în echipa terapeutică (Luban Plozza)
- 7. Programe educaționale și inițiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienți (diabetici, cardiaci, reumatici etc.)**

2. Argumente privind editarea lucrării

O dată cu "expedierea" problemelor generale ale psihosomaticii în tabelele de mai sus, precum și cu asigurarea unei reveniri asupra lor în următorul capitol al acestei cărți, vom insista în această introducere asupra intențiilor lucrării de față. Ea adăunează o serie de probleme ale psihosomaticii,

văzute de către editor, ca și de către distinșii săi colaboratori, dintr-o perspectivă personală (ce guvernează și aplicarea conceptelor respective în domeniile de activitate ale autorilor). Și totuși, cartea nu este o simplă juxtapunere a unor tratări (în mare majoritate de către editor) a unor importante aspecte generale și particulare ale psihosomaticii.

În intenția princeps a asamblării acestor "elemente de psihosomatică generală și aplicată" a stat o mai veche viziune asupra acestui domeniu pe care editorul și-a format-o în anii '70, o dată cu elaborarea primei teze de doctorat din țara noastră în domeniul psihosomaticii ("Corelații psihosomatice în astmul bronșic") sub conducerea și cu sprijinul autorității Prof. Dr. Radu Păun. Elaborarea acestei teze a beneficiat și de o "deschidere ideologică" (o veritabilă breșă) realizată de Prof. Dr. V. Predescu (un articol definitoriu pentru obiectivele psihosomaticii, în revista "Medicinistul" din 1971), ca și de aportul informațional cu tentă exhaustivă adus de prima monografie, "Psihosomatica" (1973), realizată de Prof. Dr. G. Ionescu, cel care avea să adauge ulterior câteva noi și ample capitole consacrate psihosomaticii într-o lucrare mai recentă a domniei sale, "Psihoterapia" (1990).

Nu trebuie uitate contribuțiile deosebite, deși mai mult "subterane", la dezvoltarea unei concepții psihosomatice încă din anii '70 datorate celor doi mari dispăruți în anul 1997, academicienii Șt. M. Milcu și Victor Săhleanu.

Revenind la acea viziune propusă de editor asupra Psihosomaticii și construită prin asimilarea unor date din literatură, în special de școală germană, ea s-ar putea defini prin **considerarea psihosomaticii ca fiind un domeniu interdisciplinar - axat pe relația dintre medicină și psihologie - ce acordă o importanță specială, prin definiție, rolului factorului psihic în apariția dar și în vindecarea (sau ameliorarea evoluției) bolilor**. Acest domeniu are la bază o **concepție generală**, aceea a abordării psihosomatice a tuturor bolnavilor - indiferent de agentul etiologic principal - și, în același timp, posedă un **câmp de aplicații** într-o serie de domenii ale medicinei în cadrul cărora unele boli (cele denumite psihosomatice) sunt influențate constant și precumpănitor de către factorul psihic (Iamandescu 1993).

Cartea de față intenționează să acorde o prioritate tocmai acestei din urmă laturi a psihosomaticii pentru care considerăm potrivit termenul de **Psihosomatică Aplicată**, pornind de la ideea că deja în numeroase țări occidentale (în Elveția, de ex., cum se va vedea mai departe), **există ramuri ale psihosomaticii în cadrul principalelor specialități ale medicinei (psihosomatică reumatologică, ginecologică, etc.)**. Această intenție a cărții se bazează și pe realitatea unor încercări ale subsemnatului - în alergologie - ca și ale unor valoroși colegi, medici sau psihologi, de a aplica în mod constant și, la nivel de competență calificată, - în domeniile lor de activitate - principiile ca și metodele diagnostice și mai ales terapeutice, ale psihosomaticii.

De asemenea, au contribuit la apariția lucrării și o serie de medici de diverse specialități, o mare parte dintre dâșii fiind cadre didactice ale UMF "Carol Davila" București, care promovează în activitatea lor profesională concepția psihosomatică, recunoscând și tratând în mod adecvat intervenția factorului psihic în dinamica bolilor din cadrul specialităților respective.

Întrucât nu avem încă în țara noastră o desfășurare uniformă de forțe ale psihosomaticii în cadrul tuturor specialităților clinice medicale sau chirurgicale (nici pe plan mondial nu există încă așa ceva!), am considerat utilă, pentru medicii și studenții în medicină și psihologie, interesați de psihosomatică, atingerea - de către cartea de față - a unor obiective - definitorii pentru acest domeniu - ce vor fi prezentate mai jos.

Lucrarea noastră nu este un tratat, nici măcar un manual. Ea reunește, în primul rând, o serie de capitole - unele bazate pe lucrări publicate anterior, altele concepute ad hoc - care ilustrează o direcție generală, de abordare psihosomatică a bolnavilor - **cu implicații diagnostice și terapeutice**. Ea prezintă o serie de domenii (psihosomatica specială, "aplicată") în care **abordarea psihosomatică a unor boli cuprinse în specialitățile medicale** respective este completată de intervenția psihoterapeutică a unor psihologi avizați în procedurile respective și activând în planul asistenței medicale alături de medicii specialiști (oncologi, reumatologi, nutriționiști etc.). Desigur, așa cum și titlul, "Elemente de Psihosomatică aplicată" o arată, nu sunt prezentate toate domeniile în care psihosomatica zilelor noastre "și-a creat ambasade". Editorul a avut în vedere și alte proiecte personale, ca de exemplu faptul că psihosomatica ginecologică va fi tratată cu ocazia reeditării lucrării "Psihosomatica feminină" (de Văleanu și Daniel), psihosomatica digestivă și imunologică vor fi tratate în volumul II al unei lucrări începute în 1993 "Stresul psihic și bolile interne" ș.a.m.d., dar mai ales faptul că - după apariția prezentei lucrări - va încerca, într-un viitor apropiat, elaborarea unui tratat de Psihosomatică.

Importantă apare concepția de bază a cărții potrivit căreia - **după realizarea elementelor de bază ale abordării psihosomatice a bolnavilor - este necesară o punere în practică (psihosomatică) a acestei concepții în diversele sectoare ale asistenței medicale**. În acest caz, va trebui să existe posibilitatea pentru medic de a apela la competența psihologului care este de dorit să fie prezent în cadrul echipei medicale, fie în ambulator, fie - mai ales - în unitățile spitalicești.

3. Obiectivele lucrării

În zilele noastre patologia psihosomatică afectează 80% din bolnavii care solicită consult medical iar o serie de boli ce contribuie prioritar la mortalitate, în frunte cu infarctul miocardic, recunosc în diversele etape ale evoluției lor o importantă participare a factorului psihic. **Această optică a unei abordări psihosomatice generale, realizată într-un cadru specific de patologie** se constituie într-un obiectiv major al lucrării, ale cărei componente sunt următoarele:

1. **Conturarea câmpului de definire al psihosomaticii, ca și reformularea unor concepte de bază** (tulburări și boli psihosomatice, personalitatea bolnavului psihosomatic, etc.), în acord cu datele de observație clinică dar și cu mutațiile survenite în psihosomatica contemporană.

Acest capitol (nr.3) poartă amprenta unor opinii personale și așteptăm deja reacția unor psihosomaticieni străini care au primit versiunea în engleză

a unui studiu (Iamandescu, 1998) ce contestă multe dintre fetișurile vechii concepții psihosomatice. Pentru a nu fi acuzați de o viziune prea personală și conținând posibile afirmații „discutabile”, capitolul 2 al lucrării prezintă conceptele de bază ale psihosomaticii „oficiale”.

2. Accentuarea faptului că - pe lângă concepția psihosomatică, devenită obligatorie, ca metodă de abordare a oricărui bolnav, dată fiind reacția în plan psihologic a acestuia față de propria boală - devine tot mai stringentă **delimitarea unor zone de "prioritate psihosomatică" în cadrul specialităților clinice ale medicinei, zone de "psihosomatică aplicată"**. Acestea vor putea care să absoarbă în desfășurarea actului terapeutic o serie de noi forțe aflate de multă vreme pe orbita profesiei medicale dar - până în prezent - subsolicitate sau chiar respinse datorită unei viziuni anacronice, exclusiv medicale, asupra bolilor somatice sau chiar psihosomatice. Este vorba, în primul rând, de psihologi, sociologi și cadre pregătite în domeniul asistenței sociale.

Întrucât Prof. Luban Plozza a creat la Ascona modelul Monte Verita, cel mai complet sistem de abordare psihosomatică a bolnavilor (în special cei cu boli cronice, generatoare de disconfort psihic și somatic), editorul a încercat în ultimii ani să realizeze, în alergologie, o strategie asemănătoare, incluzând și **elemente de psihoterapie cu implicații de tip placebo sau de psihoterapie suportivă simplă, vizând creșterea complianței terapeutice**. De asemenea, a început să fie utilizată **muzicoterapia ca adjuvant**, încă insuficient explorat în alergologie, al medicației specifice bolilor respective.

Rezultatele mult superioare și pe deplin cuantificabile, au obținut "psihologi de meserie" precum Prof. Dr. Iolanda Mitrofan (promotoare în țara noastră a "Psihoterapiei Experiențiale"), sau Psih. Coralia Popovici-Păun, aceasta din urmă psihooncolog pe cale să dezvolte o adevărată școală de Psihooncologie românească. De asemenea în Clinica de boli de Nutriție a Institutului N. Paulescu, Prof. Dr. C. Ionescu-Târgoviște, în colaborare cu Psihol. Mariana Costea, investighează constant bolnavii din perspectiva unei concepții psihosomatice și au realizat lucrări originale cu privire la rolul stresului psihic în apariția și agravarea diabetului zaharat.

Întrucât, până în ultima clipă, cartea de față fusese proiectată ca având un singur autor (editorul), o evaluare a tuturor forțelor din țara noastră angajate în mod competent și consecvent în câmpul psihosomaticii aplicate nu a constituit un obiectiv al lucrării, așa încât selecția care a stat la baza invitării distinșilor colaboratori ai acestei ediții a inclus numai reprezentanți ai Capitalei, iar - dintre aceștia - pe cei care au elaborat lucrări, în primul rând cărți, ce le reflectă un punct de vedere personal (nu "cărți din cărți") și o activitate angajată pe tărâmul psihosomaticii. Fără îndoială că în centre universitare de tradiție - precum Iași, Timișoara, Cluj, Craiova și, desigur, și în alte părți - există preocupări importante pentru psihosomatică dar ne temen că, în multe cazuri, optica acestor abordări psihosomatice este tributară unei mentalități psihiatrice, indusă de către psihosomatica "clasică" occidentală și putând fi concentrată în formula "Psihologia - ancilla Psihiatrie" (parafrazând raportul dintre filozofie și teologie).

3. Atingând involuntar - în paragraful precedent - **raportul dintre Psihiatrie și Psihosomatică**, apare ca deosebit de actuală o delimitare a domeniilor de competență ale diferitelor specialități medicale (inclusiv Psihiatria) în cazul unor pacienți cu tulburări sau, mai ales, boli psihosomatice. Așa cum am opinat și cu altă ocazie, atunci când simptomatologia somatică are o încadrare certă într-o boală de bază psihiatrică și poate fi abordată, în primul rând, printr-o medicație psihotropă, este evidentă implicarea responsabilității medicale a psihiatrului. Un exemplu ce mi se pare evident este cel furnizat de anorexia nervoasă care este una din bolile considerate eminent psihosomatică și care este tratată prin mijloace aproape exclusiv psihologice în unele clinici de psihosomatică, deși adesea există un teren de bază cu tulburări psihiatrice majore al acestor bolnavi, ce beneficiază și de medicație psihotropă.

În schimb, o serie de boli psihosomatice, precum ulcerul duodenal sau astmul bronșic, trebuie să rămână în grija internistului sau a specialităților corespunzătoare derivate din medicina internă deși, în marea majoritate a cazurilor, consultația psihologică (implicit tratamentul psihologic) nu mai trebuie ignorate, la fel ca și apelul la psihiatru în cazurile ce reclamă aceasta.

Un element util (deși nu infailibil) în diagnosticul unor tulburări psihosomatice îl constituie accentul simptomatologiei pe soma, neinfluențat de psihoterapie dar, în schimb, cu răspuns favorabil la medicația simptomatică (atenție la efectul pseudoplacebo), situație în care medicul nepsihiatru apare mai indicat să preia bolnavul respectiv. În schimb, persistența unor simptome somatice, coexistând cu tulburări psihice, în ciuda administrării unei medicații simptomatice sau chiar agravate de către aceasta (de ex. miofilinul în "nevroza respiratorie"), indică necesitatea consultului psihiatric.

Desigur, **tulburările funcționale "sine materia"**, cel mai adesea psihosomatice, nu pot fi, de la primul consult, încredințate unui anume specialist (medicul de familie, internist sau psihiatru) și, cu atât mai puțin psihologului, până ce nu se exclud cauze organice, pasibile adesea de o evoluție severă.

Cel mai firesc ar fi ca să existe următoarea secvență:

- **consult efectuat de către medicul de familie**, urmat de două variante, având ca rezultat posibil:

a) **Clarificarea diagnostică**, urmată de psihoterapie simplă suportivă ± apelul la psiholog sau, direct, consult psihiatric, dacă "este cazul";

b) **Solicitarea de investigații**, inclusiv consulturi de specialitate, urmate - și ele - de aceeași strategie ± apel la psiholog sau la psihiatru.

Nu este decât în favoarea bolnavului o delimitare a sferei de competență a diverselor specialități care să-l "preia în sarcină" sub cele mai bune auspicii terapeutice. Din păcate, în timp ce psihiatrul are clar definite obiectivele sale - bolnavul cu acuze psihice dominante ± tulburări psihosomatice (secundare traumei psihice cauzale ori unor modificări psihice "idiopatice")

sau din cauze greu detectabile, ca în psihozele endogene) - medicul generalist sau internist ori de alte specialități (endocrinolog sau nutriționist, de ex.), pus în fața unui bolnav cu tulburări funcționale ce par legate de un stres psihic anterior sau cronic persistent, are încă o serie de dificultăți în relația sa terapeutică, cele de ordin diagnostic fiind, adesea, depășite. Așa de ex. un hipertensiv care, într-un context existențial stresant (concedierea, de ex.), prezentând valori tensionale crescute pe o durată prelungită, nu pune probleme diagnostice (referitor la trigger-ul psihogen), ci terapeutice, deoarece medicul "somatician" nu are disponibilități psihoterapeutice "speciale", iar psihiatrul este complexat de două circumstanțe:

- nemulțumirea, mergând până la revoltă, a bolnavului pentru că a fost trimis la psihiatru ("Ce, domnule doctor, mă considerați dezechilibrat mintal?");

- dificultățile reale, implicate de modificarea schemei terapeutice antihipertensive prin adăugarea unei medicații psihotrope care, fie că nu garantează scăderea cifrelor tensionale, fie că amenință (în cazul anumitor medicamente) să le crească, pe calea efectelor secundare.

Soluția este numai una singură: într-un viitor apropiat (în prezent, chiar!), **integrarea psihologului în echipa terapeutică**, cel puțin la nivelele și în cazurile cu o patologie generatoare de disconfort psihic și somatic important, ca și **elaborarea unor criterii care să permită alegerea momentului în care este solicitat medicul psihiatru**.

De asemenea, subscriem la ideea - deja pusă în practică în România - a dotării marilor unități spitalicești cu un psihiatru "de legătură" care să poată decela și prelua în sarcină, în mod operativ, pacienții cu tulburări psihice asociate diverselor maladii.

Următoarele două obiective ale cărții reprezintă elemente cu caracter de bază teoretică pentru înțelegerea etiopatogeniei tulburărilor și bolilor psihosomatice.

4. Stresul psihic - concept inerent definirii tulburărilor psihosomatice ca domeniu de interferență între normal și patologic

Un element de maximă importanță în stabilirea volumului dar și calității solicitării unui medic de familie într-un cabinet de consultații îl constituie constatările cvasiunanime ale diversilor autori în ceea ce privește natura suferințelor (acuzelor subiective sau obiective) pentru care se prezintă la consult pacienții într-o zi obișnuită de consultații. Toate statisticile în această privință variază "în jurul valorilor de 30%-40% - pacienții acuzând tulburări funcționale cel mai adesea psihosomatice (ca expresie a unui stres acut sau cronic).

O astfel de cifră nu trebuie să ne facă indiferenți asupra următoarelor implicații:

- stresul psihic, responsabil - alături de condiționarea reflexă - de apariția tulburărilor psihosomatice (Iamandescu 1993), necesită - în calitate de agent etiologic - atât o **evaluare a condițiilor de apariție** (la nivel de colectivitate sau de individ), cât și **de prevenire ori atenuare** a efectelor sale (principii de conduită antistres);

- interpretarea eronată a contextului etiopatogenic al unor astfel de tulburări, poate să aibă următoarele consecințe contrastante: atribuirea facilă a unor tulburări, considerate ca funcționale, stresului psihic și **căderea într-o capcană a ignorării unor cauze organice** ale tulburărilor respective, cu consecințe grave privind pierderea unui "tempo" terapeutic; - **ignorarea factorului psihic** (de regulă stresul psihic) și **consumul excesiv de asistență medicală** (în special analize și explorări extrem de costisitoare) creează veritabile probleme de ordin economic atât pentru pacient, cât și pentru unitățile sanitare.

Din aceste motive, apare extrem de necesar ca, încă de la acest nivel introductiv al unei cărți consacrate psihosomaticii, să adresăm un apel tuturor forurilor (nu numai celor medico-sanitare) - implicate în cultivarea și păstrarea stării de sănătate - pentru a se informa opinia publică (inclusiv, încă pe parcursul educației școlare, cum sugera Prof. Dr. Radu Păun) asupra problemelor privind condițiile de apariție ale stresului psihic, ca și de prevenire ori atenuare a urmărilor sale (adesea nefaste pentru sănătate dar și - așa cum afirma Selye - generând "nefericirea").

Pentru patologie, stresul psihic poate fi, în aceeași măsură, și cauză (vezi apariția unui infarct miocardic în cursul unui conflict major), și efect (vezi stresul secundar oricărei boli care afectează individul, prin disconfort somato-psihic sau prin implicațiile sale asupra inserției socio-profesionale a acesteia).

De aceea considerăm că orice lucrare de sinteză în psihosomatică nu trebuie să ignore problematica stresului psihic.

5. Antrenarea verigii neuro-endocrine și imune în apariția tulburărilor psihosomatice

Nu se poate vorbi de psihosomatică fără **analiza implicării sistemelor de transmisie a informației de la cortex la soma ("sensul" psiho-somatic propriu-zis)** și de la **soma la cortex (somato-psihic)**. În cadrul acestor sisteme de transmisie un loc, de mult statuat, este cel al sistemului neuro-vegetativ-endocrin, considerat ca tot unitar, începând de la Gr.T.Popa și până în zilele noastre, când putem să vorbim mai degrabă de un veritabil "terminal", constând într-o veritabilă "supă de mediatori" ce transmit informația vehiculată de terminațiile nervoase sau ajunsă pe calea torentului circulator sub forma hormonilor (mulți dintre ei secretați de către neuroni, etc.).

Ceea ce ne interesează în acest stadiu al dezvoltării psihosomaticii - care analizează intimitatea celulară și subcelulară a legăturilor dintre psihic și soma - este în primul rând participarea endocrină în determinismul tulburărilor și bolilor psihosomatice, și aceasta din două motive:

- rezultatele cercetărilor din ultimele 2 decenii au adus date interesante și relativ cuantificabile despre **hormonii de stres** (este mult mai greu să urmărim și să cuantificăm - în stadiul actual - procesele de la nivelul cortical și al centrilor subcorticali, ori la diverse niveluri ale nevraxului într-un stres psihic produs într-un anumit context (ex. emoția care apare sub formă de furie sau rușine, etc.) în timp ce dozările hormonale (nici ele ușor de efectuat și de interpretat) par a ne fi, totuși, mai la îndemână;

- există o patologie endocrină, în mare parte indusă de stres (cel mai elocvent exemplu Boala Basedow, dar și alte sindroame endocrine) care evidențiază o trăsătură mai puțin discutată în literatură: **îmbolnăvirea - sub efectul stresului psihic - a înșeși organelor cu rol de reglare a activității somato-viscerale.**

Din aceste motive putem rezuma intervenția glandelor endocrine în geneza sau ritmarea unor tulburări sau boli psihosomatice sub forma următoarelor modalități:

1. **eliberarea constantă - prin definiție - a "hormonilor de stres"**, în cursul acțiunii diverșilor agenți stresori și într-un mod departe de a fi nespecific (dacă ar fi să ne gândim numai la "constelația hormonală" din eustress în raport cu cea din distress).

2. **acțiunea diferențiată a unui pattern al secreției hormonale** (aproximativ constant pentru o situație stresantă dată), în funcție de starea receptorilor hormoni și momentul funcțional (inclusiv anumite leziuni preexistente) ale organului țintă;

3. **predominanța unui anume răspuns "de stres" (reacție catecolaminică sau cortizolică)** în cursul situațiilor variate dar și în funcție de tipul de personalitate și, mai ales, comportamental al unui individ (de ex. tipul A - mai "permeabil" la acțiunea catecolaminelor, tipul C, supus acțiunii unei hipercortizolemii);

4. **activitatea crescută sau scăzută fiziologic a unei glande endocrine (hipertonie sau hipotonie)**, încă în limitele normalului, dar mai ales afectările, **leziunile endocrine, însoțite de exces sau deficit hormonal favorizează sau antrenează o serie de boli psihosomatice** (de exemplu diabetul zaharat sau hipertensiunea arterială - în sindromul Cushing).

Cât despre antrenarea sistemului imun în apariția și evoluția patologiei este suficient doar să amintim că acest sistem este considerat ca unul dintre cele mai importante (dacă nu cel mai important) sistem de reglare a activității organelor și aparatelor iar legătura lui cu psihosomatica a devenit o veritabilă subspecialitate a acesteia (vezi tratatul de Psihoneuroimunologie al lui R. Ader).

În lucrarea de față, un paragraf cuprins în capitolul despre psihoneuroalergologie va analiza unele implicații ale sistemului imun în patologia psihoso-

matică, fără a se omite legătura sa intimă și bidirecțională cu sistemul neuro-endocrin.

Reflectând evoluția generală a patologiei, cu diferențierile ei inerente progresului cunoașterii medicale - mai întâi clinice (aparitia "specialităților") și apoi teoretice (fiziopatologia, anatomo-patologia și histologia, etc.) - **psihosomatica, născută din observația clinică, dobândește astăzi - sub exigențele justificate de necesitatea unor dovezi obiective - un caracter tot mai științific, prin descifrarea unor mecanisme psihofiziologice cuplate de complexe mecanisme de reglare cortico-viscerală, antrenând verigi "clasice" (sistemul neuro-vegetativ-endocrin) și moderne (sistemul imun) al căror "terminal" nu mai este exprimat doar de către organele-țintă, ci de către receptorii celulari sau lumea pestriță a citokinelor.**

În același timp, **la celălalt pol al psihosomaticii (eminamente practic) al psihologiei clinice** (o ramură a acesteia, încă în formare, datorită dirijării aproape exclusiviste a posibilităților clinicieni spre asistența psihiatrică), se acumulează tot mai multe forțe și, mai ales, **mijloace capabile să ofere un suport psihologic solid actului terapeutic** atât sub forma unei asocieri benefice la efectele medicației, cât și sub forma remodelării unor comportamente nocive pentru sănătate, generatoare de recidive.

Încercând să fie o reflectare a acestor veritabile "frământări" ale terenului actual al psihosomaticii, lucrarea de față - purtând pecetea concepțiilor și activității autorilor ei - aspiră la **familiarizarea medicilor și psihologilor cu un domeniu de care va trebui să se țină seama**, în mileniul ce ne așteaptă cu nerăbdare, fie doar și pentru faptul că una dintre aspirațiile majore ale următorului secol este constituită de ameliorarea calității vieții, atât a omului sănătos cât și a celui bolnav.

Bibliografie

1. Alexander F. - *Psychosomatic medicine*. Norton, New York, 1950.
2. Ader R. (red.), *Psychoimmunology* - Academic Press - London, New York, 1981.
3. Brouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. - *Introduction dans la psychologie de la santé* pp.13-42, Presse Univ. France, Paris, 1994.
4. Buddeberg C., Willi J. - *Psychosoziale Medizin*, 2 Auflage, Springer Heidelberg, 1998.
5. Coculescu M. - *Psychoendocrine stress induced syndromes*. Rev. Roum. Physiol., 1989, 26, 233-250.
6. Iamandescu I.B. - *Corelații psihosomatice în astmul bronșic* - Teză de Doctorat, IMF București, 1980.
7. Iamandescu I.B. - *Stresul psihic și bolile interne*, Ed. ALL, București, 1993.
8. Iamandescu I.B. - *Psihologie Medicală*, Ed. Infomedica, 1996.
9. Iamandescu I.B. - *Mecanisme psihoendocrine invocate în evoluția astmului bronșic cu trigger psihogen*. Cong. Naț. I de Psihoneurologie. Acad. Rom., București 1996.

10. Iamandescu I.B. - *Phsychoallergology* - Romcartexim, București, 1998.
11. Ionescu G. - *Psihosomatica*, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1973.
12. Ionescu G. - *Psihoterapia*. Ed. Științifică și Enciclopedică, 1990.
13. Ionescu Târgoviște C., Prună S., Costea Mariana și colab. - The signification of stress in the aetiopathology of type 2 diabetes mellitus. *Stress Medicine*, 1987, 3, 277-284.
14. Mitrofan Iolanda - *Psihologia experiențială*, Ed. Infomedica, București, 1998.
15. Popovici-Mârșu Coralia și Nicolau S. - *Psihologie și Cancer*. *Viața Medicală*, 26 sept. 1990
16. Predescu V. - Concepția psihosomatică în medicină. *Medicinistul*, 1971, 1, 17-21.
17. Văleanu și Daniel - *Psihosomatica feminină*. Ed. Medicală, București, 1976.

Capitolul 2

CONCEPTE CLINICE FUNDAMENTALE ÎN PSIHO-SOMATICĂ

Grigore Bușoi

Psihosomatica este o concepție medicală integratoare (are în vedere interrelația Psyché-Soma), care permite abordarea unor afecțiuni somatice induse psihic, ca reacție a unor trăiri emotiv tensionale (factori stresanți conflicte, pierderi), sau a unor manifestări psihice secundare unor boli organice, inclusiv a unor suferințe psihocorporale produse prin mecanisme de "reintrare circulară".

Medicina psihosomatică (MPS) este o cale integrativă a aspirației spre cuprinderea globală și holistă cu care se confruntă medicul practician, în speță medicul de medicină generală/medicină de familie. Pentru a fi mai aproape de un adevăr profesional, așa cum rezultă el de pe platforma specialității de MG/MF, ar trebui să vorbim de o medicină bio-psiho-socio-ecologică-somatică în care contextul pluri-etologic al afecțiunilor este prezent. Trebuie spus că MPS este o continuare a psihanalizei, care a adus și a impus perspectiva dinamică și globalistă. După H.Ey, psihanaliza a permis descoperirea importanței patologice a frustrațiilor precocă și a corelației profunde dintre boală și caracter.

Deschiderea modernă a MPS are ca elemente de reper conceptul de stres și o mulțime de studii psihosociologice și transculturale. În același timp trebuie spus că există o serie de cercetări experimentale care pun în ecuație factorii psihosociale, verigile neuroendocrine și neuroimunologice, inclusiv patologia aferentă, de o largă distribuție de la cefalee până la dishidroză, de la astm, ulcer și cancer până la psoriazis și tulburări de dinamică sexuală.

Ne face plăcere să reiterăm ideea că **medicina geto-dacică a fost prima medicină de factură psihosomatică menționată în documente**. Iată ce spune Platon în Charmides despre terapeuții geto-daci: **Zamolxis**, zice un terapeut, ne învață că "după cum nu trebuie să încercăm a vindeca ochii fără să vindecăm capul, ori capul fără să ținem seama de trup, tot astfel nici trupul nu poate fi însănătoșit fără suflet". Pentru asta, adaugă terapeutul, "remediul multor boli este necunoscut medicilor greci pentru că ei neglijează ansamblul".

Într-o derulare istorică, vrem să amintim o serie de autori români care au avut în preocupările lor și MPS. Dintre aceștia cităm pe V. Sahleanu și A. Athanasiu, G. Ionescu (*Psihosomatica*, 1975), V. Văleanu și C. Daniel (*Psiho-*

somatica feminină, 1977), I. Cucu (Medicina psihosomatică, 1981), P. Derencio, I. Anghel și Adriana Baban (Stresul în sănătate și boală 1993), I.B. Iamandescu (Stresul psihic și bolile interne - 1993 și Psihologie medicală, 1996) și alții.

Plecând de la unitatea psihosomatică a organismului, MPS relevă patologia în relație directă cu viața psihică. Astfel, expresii psihologice (emoții, stres) își găsesc corespondent în expresii somatice (simptome, tulburări, boli). Medicul trebuie să stabilească corelațiile între evenimentele vieții, desprinse din biografie și istoricul bolii pacienților și familiilor, cu faptele patologice. Există și un model de fișă psihosomatică pe care îl lansează Delay.

1. Etiopatogenia tulburărilor și bolilor psihosomatice

Dimensiunea etiopatogenică a tulburărilor și bolilor psihosomatice în articulare - factori psihici patogeni, personalitate premorbidă și teren reactiv, patogenia - permite medicului de familie să abordeze științific procesele psihosomatice, iar actele medicale să capete consistența necesară.

Factori psihici patogeni

Orice realitate exterioară sau interioară pe care o percepem, cu atât mai mult un factor stresant, are o tonalitate afectivă, care poate fi plăcută sau neplăcută. În psihologia patologică, procesele afective, după cum afirmă E. Bleuler, au un rol capital. **Cunoașterea afectivității devine un prim element esențial în înțelegerea tulburărilor psihosomatice.**

Pentru S. Freud, **anxietatea** apare ca un simț intern ce previne Eul despre existența unui conflict între două tendințe afectiv opuse (de exemplu dragoste și ură). Anxietatea, ca și angoasa, sunt recunoscute ca elemente inițiale ce stau la baza mecanismelor fiziopatologice ale simptomelor psihosomatice. Angoasa, ne spune Freud, aduce două elemente: pericolul și reflexul de autoapărare. Un alt factor psihogen este **frustrarea**. De fapt, dacă avem în vedere psiha analiza clasică, și alte elemente cauzale pot fi luate în discuție, spre exemplu: dependența și culpabilitatea.

În cadrul relației bine-rău, trebuie spus că omul este bombardat cotidian de o mulțime de **agenți stresori**, care stimulează, antrenează și cresc vitalitatea, rezistența și performanțele organismului, agresiuni care, odată ce depășesc norma individuală sau vin brutal, pot conduce la reacții patologice psihosomatice, și în observația populară se spune în acest sens: "tot ce-i mult strică" și "prea mult pe capul bietului om". Se are astfel în vedere cantitatea și intensitatea, continuitatea și repetabilitatea agenților stresori, dar mai ales celeritatea agresiunii, bruschețea ei, năpasta căzută sau seria neagră de evenimente.

Dacă în celebra scală Holmes și Rahe se trec în revistă evenimentele generatoare de stres, cu impact asupra individului, în România în perioade de tranziție, prin politica adoptată, de "strângerea curelei" și prin "posturile" sociale induse de "goana pentru asigurarea zilei de mâine", se ajunge la o situație în stres colectiv, mai ales în plan familial, se realizează un eveniment stresant la scară națională, ce trebuie să sesizeze pe medicii de MG/MF, în calitatea lor de gate-keepers ai sistemului sanitar, dar și de apărători personali ai sănătății indivizilor, în context familial sau comunitar.

Evidențierea personalității premorbide și a terenului reactiv

Tulburările psihosomatice apar mai frecvent la anumite tipuri de personalitate caracterizate prin:

- ▼ reactivitate emoțională crescută,
- ▼ susceptibilitate exagerată,
- ▼ rigiditate în derularea proceselor corticale,
- ▼ agresivitatea externă blocată.

Ar fi interesant de cunoscut de ce unii pacienți fac nevroze, iar alții boli psihosomatice și în ce măsură **personalitățile accentuate**, în formularea lui K. Leonhard, sunt predispușe la boli psihosomatice.

Sunt cunoscute de asemenea tipurile comportamentale de tip A și B descrise de Friedman și Rosenman (1959). **Tipul psihologic A** este definit prin ambiție, competitivitate și combativitate crescută. Acest tip este predispus clasic la coronaropatie.

R. Kourilsky descrie un tip de personalitate caracterizat printr-o "vulnerabilitate la stres".

Engel și colaboratorii consideră că subiecții au o mai mare probabilitate de a deveni bolnavi somatici dacă dezvoltă un complex de renunțare și cedare ("giving-up, given-up complex") ca răspuns la o pierdere sau amenințare. Pacienții par neajutorați și își dezvoltă sentimentul de inutilitate, deși se simt răspunzători pentru cele întâmplate.

Nemiah și Sifneos au sugerat că o cauză a suferinței psihosomatice ar putea fi **alexitimia** (incapacitatea de a recunoaște și a descrie sentimente, dificultatea de a diferenția stările emoționale de senzații corporale, ca și incapacitatea imaginativă).

Opinii asupra existenței unui anumit tip de personalitate, propriu fiecărei boli psihosomatice, nu au rezistat probei timpului.

Existența unui anumit teren reactiv (de exemplu diateza atopică), a unei predispoziții de organ este mai mult sau mai puțin acceptată. Fiecare individ are un anumit "defect fundamental" ce apare în relația neuroendocrină-vegetativă și în fixarea patogenă, care scoate în evidență predispoziția de organ. Această predispoziție este denumită de unii autori ca "loc de minoră rezistență". Adler emite ipoteza "inferiorității de organ". Se poate admite, de asemenea, că anumite teritorii de manifestare ale agresiunilor sunt reperate și sensibilizate anterior prin diferite procese patologice (de exemplu procesul de metaplazie la nivelul mucoaselor). Bogăția de receptori ale anumitor teritorii permite cuplarea cu diferiți mediatori biochimici eliberați în procesele fiziopatologice amorțate.

O explicație generală propusă este considerată a fi imaturitatea subiecților actuali de a face față vieții în civilizația contemporană. Organismul face apel la reacții arhaice cu finalizare motorie (lupta sau fuga). Astăzi, la un om ajuns ființă sedentară, exprimările sale reactive în plan fizic sunt reprimare, el fiind obligat organic și comportamental "să ardă în suc propriu". De aici o bună parte din bolile afiliate psihosomaticii (hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, cancerul) au devenit boli ale civilizației moderne. Stresul,

situațiile conflictuale, spune Alexander, apar atât în faza "pregătirii de luptă" și sunt mediate simpatico-tonic, cât și în "faza de retragere" când se asociază de regulă parasimpaticotonia. Bolile circulatorii sunt legate mai mult de tipul de reacție simpatică, pe când cele digestive și respiratorii sunt legate predominant de reacția parasimpatică.

Patogenie

În explicarea mecanismelor fiziopatologice implicate în producerea bolilor psihosomatice, remarcăm contribuțiile lui Cannon și Selye, ale lui Pavlov și Băcov, ale lui Alexander și ale școlii sale de la Chicago, cât și ale altor autori, mulți dintre ei adepți ai unei medicine psihanalitice reînnoite doctrinar, sau a altor curente moderne cum sunt fenomenologia clinică, sociogenetica sau biopersonalismul.

Simțim nevoia, pentru a lumina mai bine problema discutată, să preluăm unele definiții ale termenilor vehiculați, cum sunt: stres, reactivitate, reacții de "coping". Astfel, pentru M. Golu stresul psihic reprezintă "o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme".

R. Williams definește **reactivitatea** ca pe un proces, modulat de factori genetici și de personalitate, prin care creierul interpretează evenimentele ce-i parvin și trimite mesaje somatomotorii, vegetative și neuroendocrine la organele țintă.

În ceea ce privește **reacțiile de coping** se au în vedere strategiile adaptative utilizate, adesea înconștiente, de a face față situației, de a învinge dificultățile.

H. Selye concepe **stresul** ca pe un factor agresiv, dar și ca pe un proces de adaptare al organismului, un răspuns nespecific general la acțiunea agenților stresori. Răspunsul la stres se derulează prin reacții adaptative fiziologice, mediate de verigi neurovegetativ-endocrine. În cadrul reacțiilor de stres pot apărea leziuni histochimice sau chiar histologice, după model von Bergmann.

Mecanismele psiho-fiziopatologice implicate în MPS, deși nu sunt perfect lămurite, presupun o activare a sistemului nervos central, o prelucrare corticosubcorticală, cu rele importante la nivelul hipotalamusului și sistemului limbic și verigi descendente neurovegetative și endocrine diferențiate. **Procesul psihosomatic se derulează în șapte secvențe:** provocarea (agresiunea psihică), receptare (personalități sensibile), prelucrare (la nivelul sistemului nervos central), amorsare (neuro-endocrino-metabolică și imunitară), detectarea (structuri reactive, organe sau aparate țintă), afectare (de la tulburări funcționale la boli organice) și relevare (diagnosticarea, stabilirea corelațiilor, a cauzalității și adecvarea terapeutică).

2. Clinică și nosografie psihosomatică

Tabloul manifestărilor clinice psihosomatice propriu-zise este destul de bogat. Unii autori susțin că întreaga patologie medicală ar putea intra sau

intră sub o incidență psihosomatică. În ceea ce mă privește, mă voi referi strict la manifestările clinice unde raportul factor psihic-răsunet somatic este evident.

Această realitate psihosomatică o reprezentăm într-o suită de tablouri clinice și o înscrinem într-o gramatică a sensurilor (formulare personală - Bușoi 1997) ce permite ordonarea. Astfel, avem:

- ◆ simptome și semne psihosomatice = *prepoziții psihosomatice*, ca reacții normale la tensiuni psihice,
- ◆ tulburări psihosomatice = *propoziții psihosomatice*, ca dezvoltări psihofuncționale,
- ◆ boli psihosomatice = *fraze psihosomatice*, ca organizări psihosomatice.

Simptome și semne psihosomatice (prepoziții psihosomatice). Sunt reprezentate de manifestări clinice, componente normale asociate emoțiilor, care durează puțin și sunt rapid reversibile. Termenul de prepoziție ne este necesar pentru că el exprimă raportul simplu de legătură între emoție și simptom. Manifestările clinice din această categorie sunt: palpitații (tahicardie), tremor, modificări ale vocii, paloare sau roșeață tegumentară etc. Sunt de uz curent manifestările psihosomatice conexe vorbitului în public, care apar la susținerea examenelor sau, după cum cunoaștem, la prezentarea la medic.

Tulburările psihosomatice (propoziții psihosomatice). Conceptul de propoziție psihosomatică ne este folositor pentru că el pune într-o relație directă subiectul (pacientul agresat), înveșmântat în atribute, cu predicatul (acțiunea de somatizare), însoțit de complemente.

În acest caz modificările clinice survenite depășesc firescul, sunt mai ample ca intensitate și durată și sunt mai bine structurate. Se simte schema circuitului, iar organul reactiv se individualizează. Răspunsul la agresiuni psihice brutale poate fi diferit după **particularități constituționale** și **canalizarea tipului de reacție**. De exemplu, în spaimă unii pacienți răspund prin blocaj verbal, alții prin relaxare musculară, iar frica intensă poate să ducă fie la un deabacu diareic, fie la o contractură musculară rigidă.

La tensiuni psihice intercurrente, **răspunsul somatic tinde să devină stereotip** (aceeași zonă de reacție și aceleași simptome). Exemple: cefalee, salve de strănături, cascade de tuse faringiană, crize de tahicardie paroxistică supraventriculară, scaune diareice, tulburări de dinamică sexuală, prurit etc.

Persoanele cu un anumit teren reactiv pot prezenta crize de tetanie (la spasmofilii), lipotimii etc. Ce este caracteristic la tulburările psihosomatice este faptul că la ele nu se găsește un substrat organic.

Boli psihosomatice (fraze psihosomatice). Introducerea termenului de frază psihosomatică permite înțelegerea raporturilor de coordonare și subordonare a elementelor (subansamblelor) constitutive ale bolii: agentul psihosomatogen, personalitatea premorbidă, predispoziția de organ, amorsarea patogenă, imprimarea morfofuncțională, relevanță clinică, evoluția, terapia.

În fraza psihosomatică propoziția-cheie este dată de agresiunea psihică și semnificația ei în percepția persoanei agresate, conform celor trei "V": victimă, vinovăție proprie („ce-și face omul cu mâna lui”) sau vitregia sorții (destin genetic). Cei trei "V" constituie cheia ce manipulează zăvorul terapeutic.

Ceea ce pune **eticheta de boală psihosomatică este evidențierea substratului organic și strângerea manifestărilor clinice în entități bine conturate.**

În discutarea asocierilor posibile între tulburările psihice și somatice ne oprim la tipul de legătură în care se încadrează și bolile psihosomatice și anume la: factori psihici drept cauze ale bolii somatice.

Tulburările psihice ce se prezintă cu simptome fizice sunt heterogene și dificil de clasificat.

Un termen de referință care permite clasificarea este **somatizarea**. Din nefericire el este utilizat în mai multe accepții: ca un mecanism psihologic subiacent formării simptomelor somatice și ca o subcategorie a DSM III și apoi a DSM IV, ca și în ICD 10, aceea a tulburărilor somatoforme.

Redăm într-o accepție clasică, **după H.I.Kaplan, tulburările psihosomatice.**

Entitățile prezentate de el în ordine alfabetică le ordonăm și noi, dar în versiune românească:

acnee	hipoinsulinism
alergie (reacții)	hipertiroidism
angină pectorală	hipoglicemie
aritmii	migrenă
astm bronșic	neurodermită
boli imune	obezitate
boala Crohn	piloro-spasm
cardio-spasm	poliartrită reumatoidă
cardiopatie ischemică	prurit anal
cefalee	psoriazis
diabet zaharat	rectocolită ulceroasă
dismenoree	sindromul colonului iritabil
durere sacroiliacă	sindromul dureros cronic
edem angioneurotic	tuberculoză
greață	ulcerul gastric și ulcerul duodenal
herpes	verucile vulgare
hipertensiune arterială	vărsătura

La aceste entități se mai pot adăuga: eczema, pelada, căderea difuză a părului, vitiligo, impotența și altele.

În DSM III nu mai apare clasa de tulburări psihosomatice. Se pare că se conturează următoarea diferențiere: termenul de psihosomatic are în vedere etiologia, cauza bolii și situația clinică, pe când termenul de somatizare apare ca o exprimare a bolii și o trăire a bolii (comportament de boală).

Iată acum clasificarea tulburărilor somatoforme:

Tulburări somatoforme în DSM IV:

- Tulburare de **somatizare** (se referă la isterie sau sindromul Briquet)
- Tulburare **somatoformă nediferențiată** (suferință fizică inexplicabilă care durează cel puțin 6 luni)
- Tulburări de **conversie** (simptome sau deficite care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială)
- Tulburări somatoforme **de tip algic**
- **Hipocondrie**
- **Tulburarea dismorfică** (preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unui existent).

Într-o perioadă de 30 de luni, într-un serviciu de psihiatrie de legătură, Fl.Tudose recunoaște 297 de cazuri de tulburări somatoforme, ceea ce reprezintă 9,52% din totalul diagnosticelor înregistrate.

Iar în ceea ce privește ICD-10 la capitolul Tulburări nevrotice legate de factori de stres și tulburări somatice (F40-F48), notația F45 se referă la tulburări somatice.

În cadrul punctului F45 avem subpunctele (expuse în tabelul 1):

- F45.0** Somatizarea (simptome fizice multiple, recurente și variabile în timp, persistând cel puțin 2 ani)
- F45.1** Tulburare somatică nediferențiată (se referă la tulburările cu extindere sub 2 ani)
- F45.2** Tulburare hipocondrică
- F45.3** Disfuncție neurovegetativă somatoformă. Aici își găsesc locul formele psihogene de: aerofagie, colon iritabil, diaree, dispepsie, disurie, flatulență, sughiț, hiperventilație, urinări frecvente, tuse, spasmele pilorului. Tot aici se încadrează nevroza cardiacă (sindromul Da Costa)
- F45.4** Sindromul dureros somatoform persistent (cefaleea psihogenă, lombalgia psihogenă etc.)
- F45.8** Alte tulburări somatoforme (în relație cu evenimente stresante, deci psihogene): dismenoreea, disfagia ("globul isteric"), prurit, torticolis, bruxism.
- F45.9** Tulburări somatoforme fără precizare.

O sarcină de primă importanță pentru medicul de MG/MF este codificarea și raportarea afecțiunilor întâlnite.

Încadrarea simptomelor, tulburărilor și bolilor psihosomatice încă nu este bine pusă la punct. În schimb, în ICPC, clasificarea internațională a morbidității în îngrijirile primare ("primary care"), este facilitată înscrierea și urmărirea patologiei din practică de MG/MF, punându-se accentul pe motivele solicitării medicului și constituirea episodului de rezolvare a problemei inițiate.

3. Demersuri terapeutice în patologia psihosomatică

Medicul de MG/MF ca și de diverse specialități nepsihiatrice în cadrul unui învățământ modern postuniversitar poate soluționa o bună parte din problemele psihopatologice ale pacienților săi. Întâlnirea între medic și pacient este primul moment al terapiei, iar comportamentul și răbdarea medicului constituie condiții propice deschiderii terapeutice. Fluxul terapeutic este realizat de comunicarea stabilită, iar aici medicina devine artă. Ori de câte ori este cazul se recurge, în cadrul muncii în echipă, la ajutorul psihologului sau psihiatrului. Este important să se rețină faptul că pentru pacient conversia psihosomatică este un mijloc de apărare în fața agresiunilor psihice, iar recâștigarea statutului de luptător să se facă cu grijă pentru a nu adânci somatizarea sau pentru a evita raptusurile psihotice. A demonta cauzalitatea, a cunoaște terenul reactiv și mediul familial posibil viciat, constituie premise care conduc la un tratament psihoterapeutic adecvat, individualizat sau extins la nivelul grupului.

În cadrul dialogului medic-pacient, bolnavul transferă asupra medicului temerile sale și medicul trebuie să știe să dozeze transferul.

În ceea ce privește psihoterapia, ea trebuie realizată de către terapeutul avizat, într-un cadru protejat și o atmosferă de permeabilizare și încredere. Se cultivă prin mijloace potrivite speranța.

Procesul psihoterapiei în familie are ca punct de plecare postulatele fundamentale ale psihosociologiei grupului familial, din care reținem două (în formularea Aureliei Ionescu):

- menținerea unității grupului familial cere ca fiecare membru al familiei să acorde oarecare prioritate nevoilor grupului, dincolo de dorințele, atitudinile și opiniile proprii;
- pentru a-și îndeplini funcțiile esențiale față de societate, grupul familial trebuie să posede obiective unitare și o conducere unitară pentru realizarea acestor obiective.

Metodele psihologice de tratament nu pot fi însușite fără o îndrumare practică din partea unei persoane abilitate.

Medicul de MG/MF exercită o influență psihoterapeutică sau el chiar face o psihoterapie embrionară. Prin locul și rolul său în asistența medicală, medicul de MG/MF este chemat să facă psihoterapie și în acest sens el trebuie să-și dezvolte capacitățile la maximum.

Iar când vorbim despre psihoterapie ea se definește în funcție de cine este implicat în ședințele terapeutice și după conținutul și metodele folosite.

Psihoterapia individuală, a cuplului sau a familiei va fi aleasă în funcție de problemele specifice cu care se confruntă terapeutul.

E bine să fie spus că problema centrală a psihoterapiei este comunicarea și că ea vizează schimbarea. Primul pas spre deschiderea canalului de comunicare este reprezentat de ascultare. Terapeutul nu oferă soluții, ci el îi ajută pe cei în cauză să găsească soluții pentru rezolvarea problemelor lor.

În terapia maritală, spre exemplu, i se cere cuplului să identifice problemele pe care cei doi doresc să le soluționeze.

Manuchian vorbește despre terapeut ca despre un regizor, care pune accentul pe diferite acțiuni. Când este vizată interacțiunea dintre membrii familiei avem psihoterapie familială structurală; când se stabilesc scopuri vorbim de terapie familială strategică; când se urmărește sporirea spontaneității și independenței membrilor familiei, terapia capătă atributul "de creștere" ș.a.m.d.

Există o bogată literatură de specialitate privind **tratamentul psihologic** din care reamintim doar patru proceduri: terapii comportamentale, terapii cognitive, antrenamentul autogen (autorelaxarea prin concentrare, Schultz) și tehnici de meditație.

Posibilitățile suplimentare de ajutorare a pacienților individuali sau grupați se pot realiza prin terapie fizică, climatoterapie, muzicoterapie etc.

Ca medicație se dau de regulă sedative și tranchilizante. Dintre neuroleptice se folosesc Tioridazina și Haloperidolul.

Vrem să prezentăm în continuare **câteva probleme din perimetrul științei și artei MPS:**

- abordarea unilaterală, via MPS, a pacientului poate deveni periculoasă,
- medicul trebuie să aibă în vedere fazele de fragilitate psihosomatică legate de restructurările hormonale (pubertate, sarcină, climacteriu),
- trebuie de asemenea să aibă în vedere efectul placebo, dar și iatrogenia,
- adecvarea reciprocă medic-pacient (uneori schimbarea medicului ameliorează suferința),
- folosirea unor procedee ce permit detensionarea inconștientului (de exemplu eliberarea agresivității prin mișcări, jocuri, competiții sportive amicale, drumeții).

Vindecarea se realizează atunci când dependența de medic încetează, când pacientul își recâștigă autonomia.

Credem că edificarea unei psiho-socio-fizico-chimioterapii familiale este metoda de tratament a viitorului în tulburările sănătății individului și familiei. Psiho-socio-fizico-chimioterapia cuprinde o paletă largă de mijloace care "învelesc" cuvântul și se assemblează penetrant pentru influențarea pozitivă a comportamentelor și relațiilor membrilor familiei, inducând acea stare de bine în libertate a întregului multiplu articulat și nedivizat.

Bibliografie

1. Alexander F. *Psychosomatic Medicine. Its principles and application*, New York, 1950.
2. Athanasiu A. *Elemente de psihologie medicală*, Ed. Medicală, București, 1973
3. Fernandez-Zod'la A. *Freud și psihoanalizele*, Ed. Humanitas, București, 1996.
4. Gedler M., Gath D., Mayou R. *Tratat de psihiatrie Oxford (ediția a II-a)*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România și Geneva Initiative on Psychiatry, București-Amsterdam, 1994.
5. Iamandescu I.B. *Psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București, 1995.
6. Ionescu G. *Psihosomatica. Ed. Științifică și Enciclopedică*, București, 1975.

7. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Comprehensive textbook of Psychiatry/V* (vol.2, fifth edition), Williams and Wilkins, Baltimore. Hong Kong. London. Sydney, 1989.
8. Luban-Plozza B., Pöldinger W, Kröger F. *Boli psihosomatice în practica medicală*, Ed. Medicală, București, 1996.
9. Restian A. *Patologia informațională*, Ed. Academiei Române, București, 1997.
10. Săhleanu V., Popescu-Sibiu I. *Introducere critică în psihanaliză*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1972
11. Săhleanu V. *Eseu de biologie informațională*, Ed. Științifică, București, 1973.
12. Săhleanu V. *Concepții despre om în medicina contemporană*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
13. Văleanu V., Daniel C., *Psihosomatica feminină*. Ed. medicală, București, 1977.
13. XXX - *Health promotion research - Towards a new social epidemiology* (edited by B.Badura and Ilona Kickbusch), WHO Regional Publications European Series No.37, 1991.

Capitolul 3

CADRUL ACTUAL DE DEFINIRE AL PSIHOSOMATICII. TENTATIVE DE REFORMULARE A UNOR CONCEPTE ALE PSIHOSOMATICII (TULBURĂRI ȘI BOLI PSIHOSOMATICE)

Ioan Bradu Iamandescu

Unul dintre paradoxurile științelor contemporane (vezi cazul Psihologiei, al cărei obiect de studiu este încă nesatisfăcător definit) - este acela de a se opera în plan teoretic și practic (inclusiv terapeutic pentru medicină) - cu concepte insuficient clarificate din punct de vedere al notelor de definiție și, desigur, și al sferei noționale.

În ceea ce privește definirea bolilor psihosomatice (BPS), cel care dorește să obțină un reper - inductor al unor acțiuni efective de asistență sau cercetare medicală - rămâne dezorientat prin absența unor definiții (ocolite de majoritatea psihosomaticienilor) a acestui grup de boli, cu o pondere considerabilă ca frecvență a morbidității și reprezentând o majoră cauză invalidantă sau de deces. Nici DSM-IV nu aduce lumină suficientă în această privință, vehiculând termeni ce provoacă confuzie, dată fiind destinația lor strictă pentru medicii psihiatri (nici aceștia nu sunt total satisfăcuți). DSM-IV prezintă obsesia încadrării tulburărilor somatice în sindroame cu etiologie psihică exclusivă, fără a ține cont că tulburarea somatoformă (de ex. palpitațiile) poate avea un substrat lezional (coronarian de ex.) sau poate fi produsă alternativ de către stimuli psihogeni sau de către factori nepsihogeni (cafeaua de ex.). Esența tulburărilor PS ar trebui să fie în dubla lor natură - tulburări funcționale reversibile sau tulburări patologice (lezionale) induse de fiecare dată (la omul sănătos sau la cel bolnav) de factori psihici.

Considerând în plan general **carențele existente în domeniul definirii bolilor psihosomatice**, ele își au două explicații majore: **confuzia ce se face între termenul de "concepție psihosomatică" și cel de boală psihosomatică (BPS) pe de o parte, și între noțiunea de tulburări psihosomatice (TPS) și boli psihosomatice (BPS) pe de altă parte.**

Încercând să propunem o serie de reformulări asupra conceptului de BPS, va trebui să separăm "ab initio" această problemă de impas (definirea BPS) de cea a **definirii concepției psihosomatice, cu o sferă eminent teoretică**. Această concepție, este mult mai bine definită de către majoritatea autorilor contemporani, dintre care am cita pe Von Uexkull: **"interrelația dintre corpul, psihicul individului și mediul său social"**, sau pe Duret:

"orientare holistică a medicinei pluricauzale care studiază nu boala izolată, ci omul bolnav - adică bolnavul, în perspectiva sa nosologică și ecologică cea mai completă" (vezi tabelul 1).

Tabelul 1. Aplicații ale concepției psihosomatice

1. ÎN PRACTICA MEDICALĂ

□ În diagnostic

Metoda generală de investigare

Anamneza psihosomatică:

evidențiază triggerii psihogeni

stabilește un modus vivendi cu pacientul

Decelarea unor simptome psihosomatice

Evidențiază implicațiile bolii și mijloacelor terapeutice asupra calității vieții individului

Reumanizarea relației medic - pacient

□ În tratament

Remodelarea comportamentelor nocive pentru sănătate

Optimizarea complianței terapeutice

Elaborarea de conduite antistres

- individuale

- colective

Psihoterapia - favorizează verbalizarea trăirilor anxioase legate de disconfortul simptomelor și nesiguranța cauzată de boală

- adjuvant al terapiei medicamentoase

- ameliorarea suferinței psihologice

- suport moral în lupta cu boala și problemele ei adiacente

- apel la procedeele de grup cu roluri multiple (inclusiv creșterea complianței terapeutice)

- cuplată uneori cu medicația psihotropă.

2. ÎN CERCETARE

Stabilirea

- ponderii SP în patogeneză

- mecanismelor psihoneuroendocrine implicate

Permite

- evaluarea afectării indicilor de calitate a vieții (în special testarea noilor medicamente)

- introducerea unor metode de realizare a unei anume educații medicale a bolnavului

Clasificarea și omogenizarea unor concepte psihosomatice

Stabilește valoarea și limitele diferitelor procedee psihoterapeutice în raport cu tratamentul medicamentos

În interiorul acestei "sfere" se cuprind într-un mod consistent BPS dar și o parte componentă - mai mică sau mai mare - din celelalte boli fără participare etiologică majoră a stresului psihic (practic sinonimă cu termenul "factor de risc-risc").

În cele ce urmează vom încerca să punctăm locul și semnificația principalilor termeni ce poartă atributele psihosomaticii.

1. Concepția psihosomatică și medicina psihosomatică

Concepția psihosomatică are drept corespondent în practica medicală o "atitudine teoretică și terapeutică" (Buddeberg și colab.) de considerare a bolnavului nu numai din punct de vedere somatic ci și psihic. Cu alte cuvinte, abordarea bolnavului se face global, cu ajutorul mijloacelor "tehnice": deprinse de către medic în cursul formării sale profesionale, dar și utilizând date obținute în cadrul relației psihologice inerente actului medical, și stratificată, după modelul general stabilit de J. Piaget, pentru orice relație interpersonală, în cele 3 planuri: cognitiv, afectiv și relațional. Deși termenul de "Medicină psihosomatică" (MPS) este un termen cu o sferă de maximă generalitate, care include practic toată patologia (datorită implicării chiar și minimale, a factorului psihic în patogenează și sanogenează) - considerăm utilă menținerea acestui termen într-un sens mai restrictiv.

Sușinem astfel, definirea MPS de către Buddeberg și colab., ca pe o "disciplină științifică ce are ca obiect studiarea relațiilor ce există între factorii biologici, psihologici și sociali care intervin în explicarea sănătății și bolii", având drept corolar diagnostic și terapeutic acea abordare holistică (globală) a bolnavului, mai sus amintită.

Această definiție se bazează pe modelul bio-psiho-social al bolii creat de către Engel care "înfățișează într-o manieră holistică ipotezele psihogenetice și biologice" (E. Heim) despre apariția și evoluția bolii. Cunoscând implicațiile factorilor bio-psihosociali în apariția bolii, putem obține date extrem de utile despre sanogenează care ar putea fi definită ca un ansamblu de măsuri vizând păstrarea, redobândirea sau cultivarea sănătății.

Acest model bio-psihosocial al lui Engel a fost completat în anii din urmă de către Ikemi printr-o nouă dimensiune, "existențială sau ecologică", a ființei umane căreia i se recunoaște dreptul la libertatea deciziei în cadrul unei autocunoașteri și a percepției de către individ a sensului vieții, ca și a asumării responsabilității actelor sale.

Un astfel de model quadridimensional, propus de Ikemi, apare ca o adevărată "integrare a medicinei psihosomatice estice și vestice" (care este de altfel și titlul unei recente cărți a aceluiași autor).

2. Tulburări psihosomatice (TPS)

Revenind la definirea TPS și BPS, trebuie atrasă atenția asupra faptului că elementele definiției mai largi a MPS citate mai sus vor trebui cel mai adesea circumscrie bolilor somatice, nepsihiatrice, deoarece în cazul bolilor psihice relația dintre factorii psihosociali existențiali și psihicul bolnavului nu are nevoie de nici o demonstrație, fiind evidentă și acceptarea ca atare.

Totuși, unele tulburări psihosomatice persistente însoțite și de un intens disconfort psihic și somatic (precum tinnitusul) pot ocupa o poziție de asociere, de comorbiditate, cu o tulburare psihiatrică (de exemplu: depresia) chiar dacă aceasta a precedat-o, ambele având o origine psihică.

Din acest motiv vom încerca în cele ce urmează să propunem o definiție a BPS menită să focalizeze atenția corpului medical nepsihiatric care le tratează, asupra factorului psihic atât în apariția, cât și în ameliorarea lor (rol terapeutic cel mai adesea adjuvant).

Înainte însă de prezentarea elementelor acestei definiții este necesară definirea tulburărilor psihosomatice (TPS). Considerăm că se poate porni de la o **definiție potrivită în acest sens, dată de Huber, deși ea înglobează atât tulburările psihosomatice cât și bolile psihosomatice: "tulburări fizice (corporale) în a căror origine, dezvoltare și persistență intervin factorii psihologici"**. Autorul menționat operează apoi în cadrul acestei noțiuni o distincție între:

- **tulburări fără corespondență organică** demonstrată (de exemplu unele dureri sau vaginismul) - acestea fiind, în opinia noastră, TPS - și boli cu tulburări funcționale stabile (exemplificând prin migrene dar și prin astmul bronșic, ce are însă o bază organică demonstrată);

- **bolile psihogene însoțite de degradări morfologice** obiective (de exemplu: ulcerul, hipertensiunea arterială și artrita reumatoidă). N.B. Această a doua categorie o considerăm ca reprezentând bolile psihosomatice propriu-zise (în care se include și astmul bronșic în prima categorie).

În ceea ce ne privește, considerăm că **TPS pot fi definite ca tulburări ample și durabile ale unor procese fiziologice ca urmare a unei stări de excitație psihică anormală cu atributele unui stres psihic, sau reprezintă o condiționare reflexă la o situație anterior stresantă (Iamandescu, 1993)**. Weiss menționează drept o trăsătură specifică a TPS faptul că, și la alți indivizi, în afara bolnavului cu TPS analizate, stresul psihic poate declanșa și influența în mod apreciabil evoluția unor TPS asemănătoare.

Credem că este extrem de importantă **încadrarea TPS în sfera cea mai largă a tulburărilor funcționale**. Acestea sunt definite de către Garnier și Delamare cit. de Gay astfel: "tulburări morbide, în general benigne și reversibile, care par să fie datorate unei simple perturbări ale activității unui organ, fără să existe la acest nivel o leziune decelabilă (cu posibilitățile de investigare ale momentului respectiv)".

Tulburările funcționale somatice (să exemplificăm doar cu două dintre ele, extrem de răspândite: dispneea și palpitațiile) pot să apară în condiții variate: efort fizic, graviditate, introducerea în organism a unor alimente sau substanțe farmacologice (cafea, alcool, medicamente) dar și în cazul unor excitații psihice. În acest din urmă caz, **"tulburările somatice funcționale cu declanșare psihogenă"** - formulare pe care o presupunem ca definiție concentrată a TPS - **mai trebuie delimitate de așa numitele "concomitanțe emoționale", corelatele fiziologice ale emoțiilor**, sau - după formularea lui Freud - "manifestările expresive ale emoțiilor" (cu toate că, ceea ce Freud desemna - ca exprimare clinică a acestor manifestări - reprezenta, de asemenea, o largă categorie de tulburări psihosomatice). Se cunoaște faptul că orice proces psihic se însoțește de modificări funcționale somatice de diverse amplitudini în virtutea corelațiilor dintre cortex și organele interne, aparatul locomotor plus organele de simț.

Expresia clinică a acestor modificări este foarte variată însă ea apare cel mai pregnant în cadrul stărilor afective (de unde și denumirile anterioare menționate) cu toate că și procesele cognitive (de exemplu transpirația frunții în cursul unor exerciții de calcul mental) sau mai ales cele voliționale generează, și ele, modificări perceptibile mai ales la nivel cutanat (de exemplu: vasodilatația) sau muscular (variații ale tonusului muscular, unele mișcări involuntare, etc.).

Încercând să definim aceste modificări somatice sincrone sau consecutive proceselor psihice (în special afective), corespunzând unei "activări fiziologice" după expresia lui Huber, **propunem termenul de "concomitențe somato-viscerale ale proceselor psihice", (CSVP), inclusiv ale emoțiilor.**

Cu ajutorul unui astfel de termen (CSVP), vom putea diferenția - așa cum o fac unii autori - precum Dongier, **în cadrul simptomelor somatice generale nespecifice apărute în cursul emoțiilor - două etape succesive:**

- cea deja menționată, **a corelatelor somato-viscerale** (componente psihofiziologice ale reacției emoționale) cu tendință de revenire rapidă la normal;

- **tulburările psihosomatice, pe care le considerăm ca fiind CSVP mai ample și mai persistente** ce se pot organiza într-un adevărat pattern psihosomatic, specific fiecărui individ, ce apare cu ocazia stresului psihic (de exemplu unii acuză crampe epigastrice, alții opresiune toracică, etc.).

De regulă - și aici cvasiunanimitatea autorilor o recunoaște - **repetarea sau menținerea în regim constant (stres cronic) a TPS (considerate de noi ca eminamente funcționale) conduce în cele din urmă la "organicizarea" lor, cu apariția bolilor psihosomatice (BPS), caracterizate în esența lor prin existența unui substrat lezional anatomo-histopatologic.**

Mecanismele prin care TPS conduc în cele din urmă la apariția unor leziuni de organ au la bază:

- **persistența sau repetarea acțiunii unor factori stresanți** al căror efect devine în interiorul organismului extrem de agresiv, în cazul emoției blocate la exterior (Sivadon) prin dereglările neuro-vegetativ-endocrine frecvente (Delay) inerente oricărei reacții de stres (a se vedea și rolul variat, polimorf și fluctuant al hormonilor de stres - M. Coculescu);

- **suprasolicitarea funcțională a unor structuri - cel mai adesea - grevate de anumite "defecte"** (induse genetic de către alți factori specifici organului respectiv).

Conceptul de TPS - ca fiind tulburări somatice funcționale de cauză psihică - făcând parte - cel mai adesea din tabloul clinic al stresului - este eminamente clinic, bazându-se pe autoobservația bolnavului sau pe observația clinică a medicului. În această din urmă categorie putem exemplifica: creșterea tensiunii arteriale în cursul unui interviu stresant sau apariția unui eritem al feței, ignorat uneori de către bolnav. **Trasarea limitelor dincolo de care corelatele somato-viscerale ale proceselor psihice devin tulburări psihosomatice este arbitrară, ea corespunzând - și fiind la fel de greu de trasat - cu cea care separă o emoție minimală sau moderată de instalarea unui stres psihic în cadrul căruia latura sa emoțională este deosebit de amplă și se prelungește adeseori cu mult după încetarea acțiunii agentului stresor.**

Întrucât autorii care au utilizat termenul de TPS au avut în vedere tot criteriul clinic de evaluare, considerăm că în **diferențierea TPS de CSVP, un element ajutător îl poate constitui disconfortul pe care îl relatează bolnavul (de aici termenul de "trouble")**, ca și producerea unor TPS în fața medicului, confirmate de acesta.

Cadrul de apariție al TPS, apreciate în special cu ajutorul mijloacelor clinice - este constituit de prezența lor la:

- **omul sănătos** aflat sub acțiunea unui stres psihic (TPS constituie o exprimare somato-viscerală a stresului, de exemplu: încordarea musculaturii cefei, tahicardie, hiperventilație, paloare sau eritem al feței, etc.);

- **bolnavul cu tulburări nevrotice**, a cărui vulnerabilitate față de stres sporește frecvența apariției TPS care devin asociate extrem de frecvent tulburărilor psihice propriu-zise ale bolnavului nevrotic. Vulnerabilitatea la stres a acestuia este mult crescută în raport cu cea a subiectului sănătos și semnificativ mai mare față de cea a unui individ cu o BPS fără asocierea unor tulburări nevrotice (Iamandescu, 1980, 1987).

La bolnavii nevrotici persistă adesea o serie de stresuri psihice "atenuate" deci TPS apar în mod frecvent, ceea ce justifică în parte afirmația lui Mayer-Gross că TPS sunt în marea lor majoritate tulburări somatice care apar la nevrotici.

- **bolnavii cu BPS**, la care un caracter particular al TPS (de exemplu dispneea la astmatic sau la hipertensiv) este dat de reapariția acestora cu ocazia stresului, în condițiile coexistenței unor leziuni organice pe care TPS le agravează prin intensitatea și mai ales repetarea lor frecventă. În plus, un bolnav cu o BPS cantonată la nivelul unui organ (de exemplu un astmatic) poate să prezinte TPS afectând reversibil alte organe (palpitații, tulburări sexuale);

- **bolnavii cu psihoze**, la care existența TPS (să amintim doar tahicardia și creșterile tensionale, ca și faciesul vultuos al unor bolnavi în cadrul puseelor de excitație maniacală) este certă dar adesea estompată de gravitatea tulburărilor psihice. În orice caz **nu este rară asocierea unei psihoze cu BPS (în cazuistica noastră am urmărit 2 bolnavi cu schizofrenie suferind de ulcer duodenal și respectiv, astm alergic la polen; un caz recent: tatăl cu astm bronșic și tulburări nevrotice, iar fiul, cu astm atopico-omnimonim și schizofrenie).**

Așa cum se observă în cazul clasificării de față, TPS apar nu numai la nevrotici ci și la subiecții normali psihic sau la indivizii cu tulburări de personalitate (psihopații în vechea clasificare a bolilor psihice) ori la bolnavi cu psihoze exogene sau endogene. **Este adevărată, dar nu în totalitate, opinia unor autori psihanalisti referitoare la rolul TPS de "paratrăznet" sau de focalizarea interesului bolnavilor spre organele afectate**, ceea ce diminuează într-o oarecare măsură tensiunea lor psihică extrem de crescută în cadrul bolii lor de bază, dar în BPS acest rol este doar "consolator" față de substratul lezional activat de o mulțime de agenți etiologici.

3. Bolile psihosomatice

Bolile psihosomatice (BPS), adesea insuficient detașate de către diverși autori psihosomaticieni, de tulburările psihosomatice (care în opinia noastră, sunt incluse în sfera BPS și/sau le preced), au fost nominalizate de școala lui Alexander la mijlocul acestui secol, după cum urmează:

- ulcerul duodenal
- colita ulcerosă
- neurodermita (dermatita atopică)
- astmul bronșic
- artrita reumatoidă
- hipertensiunea arterială
- tireotoxicoza

În zilele noastre, **acest capitol de patologii s-a extins considerabil (numai în cardiologie am putea cita: infarctul miocardic, prolapsul de valvă mitrală, sindromul Da Costa, sindromul X - Likoff, etc.),** și limitele sale nu mai pot fi stabilite decât cu o doză de arbitrar, fapt ce ne-a făcut să considerăm extrem de necesară o tentativă de a defini bolile psihosomatice, atât pe baza criteriilor utilizate divers și adesea exclusivist, de autorii acestor definiții (de regulă, psihosomaticieni de sorginte psihanalitică), cât și pe baza unei experiențe (bazată pe o dublă formație, de medic internist și psiholog) în domeniul unei patologii psihosomatice tipice, aceea a bolilor alergice (cu astmul bronșic cap de listă).

Pornind de la o **definiție care dilata nepermis de mult sfera noțiunii de BPS:** "toate bolile somatice ce prezintă componente psihologice" (Karasu - 1980) s-ar putea justifica opinia lui **Hinkle, care afirma că, din moment ce toate bolile au implicații psihosomatice, ar fi inutilă separarea unui grup de BPS** (de exemplu, am putea include aici și fracturile generate de neatenția unui om puternic stresat, care calcă într-o groapă).

Din aceste motive, legate de justificarea unei noi patologii psihosomatice dar și de extensia maximă a sferei noționale a BPS - considerăm necesară inițierea unei argumentații care să restrângă acest domeniu al BPS la acele boli care - pe lângă intervenția factorului psihic în etiopatogenia lor, unanim recunoscută ca element de definiție - prezintă și alte trăsături definitorii, ușor de recunoscut (vezi tabelul 2).

1. Rolul factorilor psihici în etiopatogeneza BPS trebuie - în opinia noastră mult mai clar precizat și nuanțat deoarece la o aceeași boală, ca de exemplu ulcerul duodenal, unii autori (Weiss) consideră că este vorba de BPS numai în acele cazuri în care este evidentă intervenția factorului psihic, deși - în opinia noastră - același bolnav poate să-și reactiveze ulcerul, fie după un stres psihic, fie după utilizarea aspirinei.

La această notă a definiției BPS, putem sistematiza **intervenția factorului psihic în etiopatogenia BPS, astfel:**

- **participă alternativ sau sumativ cu ceilalți factori etiologici organo-specifici** (fizici, chimici, biologici, etc.) la apariția și evoluția BPS (inclusiv complicații sau deces).

- mulți dintre acești factori „organo-specifici” sunt rezultatul unor **comportamente nocive pentru sănătate** (studiul Alameda stabilește 5 factori majori de risc pentru bolile contemporane cu maximă morbiditate și mortalitate: fumatul, consumul excesiv de alcool, lipsa mișcării, supragreutatea și somnul redus < 7-8 ore). Aceste comportamente au la bază, cel mai adesea, factori de ordin psihologic.

- **poate crea aparența exclusivității etiologice**, atunci când ceilalți agenți etiologici specifici bolii nu sunt implicabili în momentul respectiv (dar își păstrează potențialul lor patogen în orice alt moment). Când factorul psihic intervine aparent exclusiv, se crează premisele izolării unor forme clinico-etilogice desemnate ca „psihogene”, dar nevalidate de cercetările ultimelor decenii. De exemplu, astmul bronșic psihogen a fost negat în lucrările noastre încă din 1980, susținându-se ideea că declanșarea unor crize de astm de către stresul psihic necesită în mod obligatoriu un teren al cărui substrat este reprezentat de o hiperreactivitate bronșică indusă de factori genetici sau dobândiți, alergici și nealergici, diferiți de factorul psihic.

Chiar dacă există sindroame cu declanșare constantă psihogenă, ca de exemplu urticaria colinergică, **mecanismul de intervenție al stresului psihic se cuplează la un mecanism mai general, numitor comun pentru ceilalți agenți etiologici nepsihogeni** (efortul fizic, sursele de căldură-în cazul respectiv). Astfel, în ultimă instanță, factorul psihogen rămâne numai unul dintre agenții etiologici ai sindromului urticarian în cadrul etiologiei pluricauzale a tuturor bolilor psihosomatice.

Există numeroase cazuri de bolnavi cu BPS în care medicul are posibilitatea să constate, de față cu bolnavii respectivi, că nici stresurile psihice majore survenite brusc la aceștia nu declanșează imediat manifestările clinice de BPS (neapariția crizelor la unii astmatici observați de noi în cursul unor stresuri psihice situaționale apărute intempestiv sau al unor stresuri provocate printr-un test propriu de inducere a stresului (Iamandescu, 1980, 1991). Analizând acești bolnavi care tolerează, fără simptome clinice de BPS, unele stresuri psihice, am considerat posibile următoarele explicații:

- stresul „perceput” de subiect nu a fost identic cu cel anticipat de către observator. Există observații clinice (precum cele raportate de Klumbies și colab. la bolnavii coronarieni urmăriți prin sugestia sub hipnoză a unor traume psihice anterioare, din biografia acestora) care atestă **importanța semnificației elective pentru subiecții respectivi a situației stresante evocate**. Așadar nu poate fi exclusă în cazurile relatate de noi (bolnavi aparent „rezistenți” la stres) eventualitatea apariției unor crize de astm la aceiași bolnavi, în cursul altor stresuri cu un impact afectiv mai mare asupra lor.

- **Bolnavii tineri, cu o vulnerabilitate la stres mai redusă dar și cu forme incipiente sau ușoare de boală** (9 din cazurile urmărite de noi astmaticii și urticarienii cu evoluție discontinuă) **declanșează mai greu pusee - sub acțiunea stresului psihic - decât bolnavii vârstnici sau cei cronici și cei cu probleme severe ale BPS respective**. Așa de exemplu, astmaticii

corticodependenți declanșează în peste 86% din cazuri, crize chiar la stresuri psihice moderate (Iamandescu, 1996) iar bolnavii cu urticarie cronică idiopatică și evoluție îndelungată acuză în aceleași condiții cel puțin prurit dacă nu apariția erupției într-o proporție de 90% (Iamandescu, 1997).

2. Terenul de apariție este reprezentat, în opinia noastră, de o **dublă vulnerabilitate a bolnavului la stresul psihic**: vulnerabilitate psihică și vulnerabilitate de organ (*locus minoris resistentiae*).

□ **Personalitatea vulnerabilă la stresul psihic** - înlocuiește, în opinia noastră (argumentată de studiul tipurilor de personalitate ale bolnavilor psihosomatici astmatici, urticarieni, hipertensivi și ulceroși) așa-numitele "tipuri de personalitate specifice diverselor BPS", postulate de Flanders Dunbar și neconfirmate de majoritatea autorilor din ultimele decenii (citați în lucrările de sinteză elaborate de G. Ionescu 1975 și 1990).

Ea are o sferă mai largă ce depășește așa-numitul "tip de personalitate specific BPS în general", care includea și alexitimia, descrisă de Nemiah și Siffneous, sau alexisomia, de care vorbește Ikemi, trăsături care sunt de neimaginat la subiecții cu una sau mai multe BPS provenind din lumea artistică. **Bolnavii psihosomatici sunt mari colecționari de stres** fiind reprezentați în planul comportamental (indiferent de structura celorlalte compartimente ale personalității) de **subiecții aparținând tipurilor psiho-comportamentale A sau C** dar și de cei care prezintă o intensitate crescută a unor trăsături de personalitate (de exemplu, cote crescute la chestionarul MMPI) (Iamandescu 1980 și 1993).

Din datele obținute de noi, rezultă că **vulnerabilitatea la stres a celor cu BPS este intermediară (ca amplitudine a unor trăsături dezadaptative) față de cea a bolnavilor neurotici (maximă) și a subiecților sănătoși (minimă)** (Iamandescu 1980, 1985). Este posibil ca să existe particularități la nivel hipotalamic facilitatoare pentru o rezonanță crescută la stresul psihic, având implicații și asupra sferei somato-viscerale (Von Eiff-1978).

Vulnerabilitatea la stres a bolnavilor cu BPS constă deci, în primul rând, într-o predispoziție a acestora de a "intra" mai ușor în stres. La tipul psihocomportamental A, stresurile devin inerente prin ambiția și exigențele crescute ale bolnavilor respectivi care prin modul lor de comportament intră deseori în situații conflictuale externe (competiții) și interne (reprimarea unor motivații cu tentă relaxantă) iar în plan fiziologic, reactivitatea lor vasculară la catecolamine (inclusiv nivelul eliberării acestora) este mai intensă și prelungită decât la tipul B.

În schimb la **tipul C**, lipsa de concentrare pe problemă, cu punerea în "paranteză" a situației stresante, inclusiv amânarea prezentării la medic în cazul apariției unei probleme de sănătate, care ar putea reprezenta o boală gravă, (Marilou Bruchon-Schweitzer), constituie factori de cronicizare a stresului psihic ce acționează la nivel subconștient în ciuda refuzului bolnavei de a se gândi la problema stresantă rămasă nerezolvată. **Corespondentul hormonal al acestui tip de comportament evitant, disimulant al stresului (inclusiv refuzul unei comunicări ce ar fi putut permite obținerea unui suport social), este constituit de creșterea de**

cortizol plasmatic, responsabilă de diminuarea imunității celulare (în special celulele NK) (Khansari, Dantzer-1994) și consecutiv - apariția unor infecții cronice ori a unor cancere (în special cancerul de sân).

□ **Terenul de organ meiopragic (morfofuncțional)** constituie nota principală de definiție a BPS ce indică "un tropism" pentru propagarea acțiunii nocive a stimulilor psihici. Organul "fragil" (prin "defecte genetice" sau dobândite) constituie o "cutie de rezonanță" pentru stres dar și un loc de fixare a unor reflexe condiționate elaborate la o serie de stimuli psihici fără valoare de stres. Autori ca Bauer (încă din 1942) sau Wolf, ambii citați de Văleanu și Daniel, au susținut și ei acest element definitoriu pentru BPS, iar noi accentuăm ideea caracterului lezional al BPS, spre a le diferenția de tulburările psiho-somatice, deși o netă delimitare între organic și funcțional nu poate fi totdeauna efectuată.

Referitor la caracterul lezional al BPS, noi considerăm că o serie de entități psihosomatice, din care exemplificăm tinnitus-ul psihogen sau anorexia nervoasă, sunt veritabile TPS care însoțesc, într-o poziție de prim plan, o serie de tulburări psihice complexe, persistente. Acestea din urmă sunt agravate prin recul somato-psihic de către disconfortul somatic sau de către consecințele existențiale generate de TPS respective. Mai mult, dacă nu ar fi în prim plan tulburarea somatică (în cazul tinnitus-ului) sau consecințele în plan somatic (ca de exemplu scăderea ponderală în cazul anorexiei nervoase), aceste două entități patologice revendicate de către psihosomatică ar putea fi revendicate de către psihiatrie.

3. Mecanismele apariției BPS pot fi considerate într-o dublă perspectivă:

□ **Producerea unei tulburări la nivelul psihicului**, sinonimă - în majoritatea cazurilor - cu apariția unui stres psihic, cu caracter nespecific. Nespecificitatea acestui sindrom este justificată de faptul că în orice stres, are loc o reacție de stimulare neuro-endocrino-vegetativă cu eliberarea așa-numiților hormoni de stres care acționează într-un mod relativ constant asupra tuturor țesuturilor și organelor (în acord și cu modelul "teoretic nespecific" al lui Mahl). **În esență, primum movens în geneza BPS îl constituie exacerbaria corelatelor somato-viscerale ale emoțiilor, caracteristica oricărui stres psihic (Iamandescu - 1993) și sinonimă cu apariția TPS** (în acord și cu Jaspers - interpunerea tulburărilor neuro-vegetative între emoție și reacția de organ - și cu Kaplan - "alerta este transmisă la sistemele somatice).

Fără îndoială că această "nespecificitate" a reacției de stres are, așa cum însuși Selye a dovedit-o (ca și alți autori în zilele noastre), o importanță limită, constituind doar un cadru de apreciere a unor reacții "generale". Există desigur o serie de particularități - induse de "compoziția" diversilor hormoni de stres - care oglindesc specificul și intensitatea diferitelor categorii dar și "specii" de agenți stresori, ca și specificul modalităților de răspuns ale organismului afectat de stres.

Tabelul 2. Concepte clinice reprezentative ale psihosomaticii

	TULBURĂRILE PSIHO-SOMATICE (TPS)	BOLILE PSIHO-SOMATICE (BPS)
Definiție	➤ tulburări funcționale de cauză psihică ample și prelungite ➤ reversibilitate totală dar întârziată	Boli organice la un individ cu un anumit tip de personalitate, condiționate de un teren de organ vulnerabil la SP
Caracteristici	➤ Cauzate de stresul psihic ➤ manifestări expresive ale emoțiilor (Freud) ➤ legătură evidentă între eveniment și simptome somatice ➤ apar constant și asemănător la mai mulți indivizi (Weiss) ➤ probă terapeutică	➤ au o bază organică ➤ coexistă cu TPS apărute la: - același organ lezat - alte organe indemne ➤ reversibilitate parțială ➤ evoluție relativ discontinuă (în pusee)
Instalarea cronologică a leziunilor	➤ stres psihic → TPS ➤ repetabile sau reversibile	→ alterare organică → BPS → ireversibile
Model bio-psiho-socio-ecologic al bolii - cu relevarea rolului etiologic al factorului psihic	➤ Suprasolicitarea unor organe fragile ➤ Inscrise într-un context etiologic pluri-factorial al principalelor boli contemporane sau apărând pe un teren somatic indemn (reversibile, de regulă)	Factori etiopatogenici: - Predispoziție (meiopragie) de organ - genetică - dobândită - Factori psihici și factori specifici organului afectat - Triggeri - evenimente de viață (Scala Holmes-Rahe) - determinanți biologici și fizico-chimici - comportamente nocive pentru sănătate (fumat, sedentarism, droguri, etc.) - Tip comportamental: - A - boli coronariene, ulcer, hipertensiune, etc. - C - neoplazii, infecții cronice - Personalitate - Trăsături de personalitate accentuate - Alexitimie și alexisomie (o parte din bolnavi)
Comportamente nocive pentru sănătate, cu „rădăcini” psihice	➤ fumat, sedentarism, supraalimentație, exces de alcool, cafea, droguri	
Vulnerabilitate față de stresul psihic		

□ **Somatizarea, (alegerea organului)** este legată în primul rând de o serie de defecte induse genetic (ex.: dubla capacitate acido-secretorie a mucoasei antrale - a ulcerosului, față de subiecții normali) sau dobândite (ex.: apariția HTA după o glomerulonefrită cronică, cu ritmare psihogenă ulterioară a puseelor hipertensive).

Totodată este implicată și o condiționare între stimulii psihici negativi și o serie de momente fiziologice sau patologice ale funcției diferitelor organe (v. Hendrik) (cit. de Văleanu și Daniel).

Teoriile fanteziste, în genul "limbajului simbolic al organelor" (Groddek) sunt depășite în acest domeniu al BPS, rămânând posibile doar în domeniul nevrozelor. De fapt, însuși Freud a trasat o diferență clară între simptomele somatice de conversie ("emoții exagerate, traduse prin mijloace insolite") - ce pot fi decodificate prin mijloacele psihanalizei - și "manifestările expresive ale emoțiilor" care traduc "excitația noastră corporală" într-un rezultat al utilizării energiei noastre afective".

Considerăm că în prezent, **simptomele psihosomatice reprezentând o veritabilă transformare a unor conflicte intrapsihice în manifestări somatice trebuie privite ca fiind legate în mod obiectiv de natura și cantitatea neuromediatorilor ajunși la celulele țintă, inclusiv "hormonii de stres" - pe de o parte - și de acel "locus minoris resistentiae" reprezentat de organele și aparatele la nivelul cărora preexistă disfuncții bazate pe existența unor "slăbiciuni" structurale sau biochimice.**

O excepție de la această explicare a TPS - pe baza "activării fiziologice care acompaniază sentimentele și emoțiile noastre" (Huber) - o reprezintă **manifestările somatice din cadrul accidentelor isterice. Definirea lor păstrează în întregime caracteristicile formulate de Freud: "ele afectează strict organele de simț (de exemplu anesteziile isterice, capricioase, cecitatea isterică) sau aparatul locomotor (parezele isterice) iar natura tulburărilor apărute prin mecanismul de conversie păstrează un caracter simbolic, a cărui decodificare de către terapeut (de ex. prin mijloacele psihanalizei) poate conduce la dispariția lor. Greșeala adepților teoriei limbajului simbolic al organelor (Groddek) constă tocmai în extinderea acestor procese de conversie la organele cu musculatură netedă, care ascultă de alte legi, ele fiind afectate - în cursul unui stres psihic - în virtutea manifestărilor expresive "ale emoțiilor" (Freud), analizate mai sus și corespunzând acțiunilor specifice de organ a diversilor mediatorii ai reacției de stres.**

4. Evoluția clinică, în pusee, a BPS - o considerăm, ca și Halliday, un element de bază al BPS, menit să atragă atenția asupra posibilității declanșării psihogene a acestor pusee și posibilității combaterii lor pe calea psihoterapiei (a se vedea puseele de ulcer apărute vara la studenți, în sesiunile de examene).

5. Asocierea facultativă, dar destul de frecventă, a unor tulburări psihice izolate sau sistematizate în veritabile nevroze pledează pentru fragilitatea psihică mai mare a unor bolnavi psihosomatici, conferită de o vulnerabilitate la stres considerată majoră la bolnavii neurotici (Iamandescu, 1980 și 1985).

6. Efectul favorabil al psihoterapiei

Chiar fără asocierea la BPS a unor trăsături neurotice, practica medicală a demonstrat utilitatea diverselor tipuri de psihoterapie în BPS, cu precădere a celor de relaxare de tipul T. A. Schultz, terapiei familiale (Petzold), antrenamentului psihosomatic (Luban Plozza) dar și a unor forme mai complexe, accesibile numai psihoterapeuților calificați (ex. psihoterapia experiențială, comportamentală, etc.).

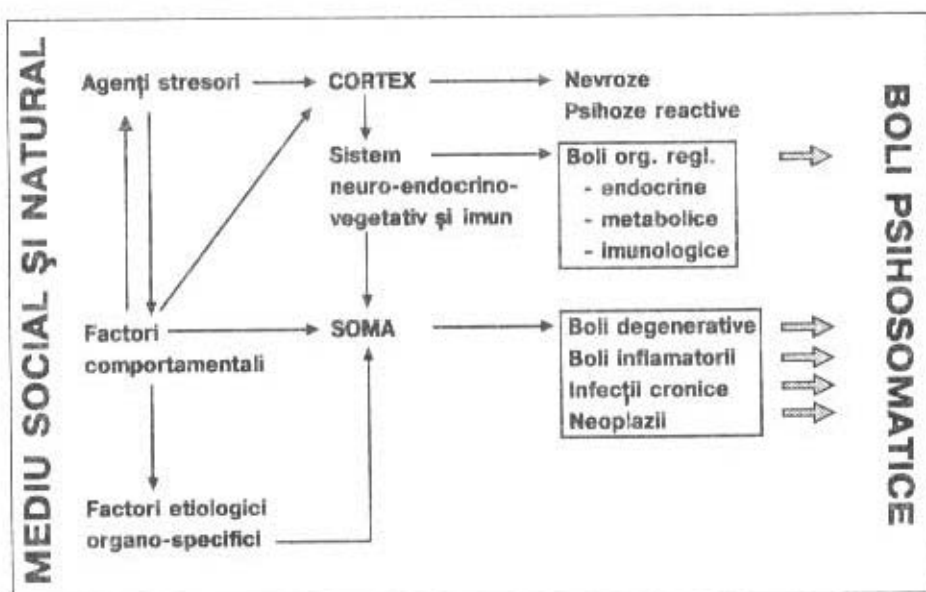
Însă cea mai importantă, în planul psihoterapiei de susținere - valabilă pentru toate cele 5 trăsături ale BPS, înfățișate de noi ca putând circumscrie sfera noțiunii acestor boli - o constituie abordarea psihosomatică a bolnavilor, constând în **acordarea unei atenții sporite factorilor care generează ecologia relațiilor interumane, în scopul individualizării tratamentului omului (persoana-unicat) aflat în suferință.**

Ea se încadrează în orientarea modernă bio-psiho-socială pe care se centrează în prezent medicina psihosocială (Figura 1).

Această abordare susține utilitatea unor variate tipuri de psihoterapie, mai ales cele bazate pe relaxare inițiate de T.A. Schultz, terapie familială (Petzold) și antrenament psihosomatic (Luban-Plozza), în vindecarea bolilor psihosomatice.

Pentru medicul practician, un important element al psihoterapiei suportive simple de susținere, este abordarea psihosomatică a pacientului, ce îi permite focalizarea atenției asupra factorilor ce generează ecologia relației interumane și individualizarea tratamentului. Această abordare modernă se înscrie în orientarea bio-psiho-socială a medicinei psihosociale de astăzi.

Figura 1. Principalii agenți etiologici în bolile psihosomatice



4. Abordarea medicală a bolii psihosomatice

În acest punct final al discuției, se poate pune problema asupra celor chemați să îngrijească bolnavii cu BPS. În ceea ce ne privește, considerăm că cel puțin în **momentele de acutizare** (de exemplu astmul bronșic cu crize frecvente, neurodermita agravată, un angioedem recurent cu manifestări severe, un puseu hipertensiv, etc.) este necesară tratarea bolnavilor respectivi de către un medic somatician: generalist, internist sau specialist (cardiolog, alergolog, etc.).

Între pusee (faze acute), este necesară intervenția psihologului (în colaborare cu medicul curant) pentru a consolida prin metode și tehnici psihoterapeutice remisiunea terapeutică obținută de către medicul "somatician" cu ajutorul mijloacelor farmacologice. **Asocierea unor tulburări psihice severe** impune apelul la psihiatru, fie încă din momentul manifestărilor fazei acute a BPS, fie după trecerea acesteia. Desigur, în cazul unui **bolnav psihic cu BPS asociată** (de exemplu un puseu hipertensiv la un bolnav cu psihoză maniacoală) el va rămâne în responsabilitatea medicului psihiatru care apelează la internist numai pentru etapa terapeutică respectivă și obținerea unui plan terapeutic al BPS respective aplicabil la bolnavul în cauză.

Referitor la alegerea - de către medicul "somatician" (medic de familie sau de specialități nepsihiatrice) a psihoterapeutului care să încerce, în fața de acalmie clinică, prevenirea reactualizării BPS prin mijloace psihologice, criteriile folosite diferă de la o țară la alta, uneori chiar în aceeași țară, iar stabilirea lor nu constituie obiectul lucrării de față.

În ceea ce ne privește, considerăm că epuizarea mijloacelor psihoterapeutice "pure", fără un rezultat pentru bolnav obligă psihologul să încredințeze bolnavul medicului psihiatru care va apela cu siguranță la arma terapeutică sigură, cea farmacologică.

Aceste tentative de reformulare a conceptelor de TPS și BPS conțin în ultimă instanță o **perspectivă diagnostică**: abordarea psihosomatică a bolilor somatice și **una terapeutică**: utilizarea diverselor forme de psihoterapie ca element adjuvant, recuperator și profilactic al recidivelor în toate cazurile de sindroame clinice având o legătură cel puțin parțială cu stresul psihic. Eventualele discuții asupra valabilității propunerilor și argumentelor prezentate de noi vor contribui desigur la clasificări și adăugiri ce ne apar extrem de necesare.

Bibliografie

1. Alexander F. - *Psychosomatic medicine*. Norton, New York, 1950.
2. Brouchon-Schweitzer Marilou et Dantzer E., *Introduction dans la Psychologie de la Santé*. PUF, Paris, 1994, pp 13-42.
3. Buddeberg Cl., Radovila A., Kaufmann P., *Was ist Psychosomatische und Psychosoziale Medizin*, In: *Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse*, Verlag Babler-Bern, 1993.

4. Coculescu M., *Neuroendocrinologie clinică*. Ed. Med., București, 1987.
5. Coculescu M., *Psychoendocrine stress induced Syndromes*. Rev. Roum. Psychol., 1989.
6. Dantzer R., et Goodal G., *Psychobiologie du stress*, pp 156-182, loc cit. 1. 1994.
7. Dongier M., *Nevroses et troubles psychosomatiques*. Dessart, Bruxelles, 1969.
8. Duret R.L., *Aspects psychosomatiques chez les malades digestifs*. Acta Gastroent. Belg., 1975, 38, 11-12, 377-392.
9. Engel G.L., *The need for a new medical model. A challenge for bioscience*, Science, 1977, 196, 129-136.
10. Freud S., *Prelegeri de psihanaliză*. Ed. Did. Ped., București, 1992.
11. Garnier B., *Comment distinguer entre santé et maladie dans le domaine des troubles cardio-vasculaires*. In: Kielholtz et al., *Troubles psychosomatiques cardio-vasculaires - Comment les traiter ?*. Huber, Berne, Stuttgart-Vienne, 1982.
12. Gay B., *Les pathologies fonctionnelles existentielles*, Exercer, 1992, 17, 7, 10-11.
13. Halliday J.L., *Concept of a Psychosomatic Affection*. Lancet, 1943, II, 692.
14. Heim E., *La médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Historique et état de la situation*. In: *Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse*. Verlag Babler-Bern, 1993.
15. Hendrik J., loc cit. 38-1977. În: Văleanu și Daniel, pp.29.
16. Hinckle L.E., *The concept of stress in the biological and social sciences*. Int. J. Psychiat. Med, 1974, 5, 335.
17. Iamandescu I.B., *Corelații psihosomatice în astmul bronșic - Doctoral thesis*, IMF, București, 1980.
18. Iamandescu I.B., *Rolul factorilor psihoemoționali în etiopatogenia astmului bronșic*. Viața Medicală, 1984, 1, 29-32.
19. Iamandescu I.B., *The study of personality type on patients with Allergic Asthma using MMPI*, 1985, vol. 4th Cong Bronchitis and emphysema. Abstracte, Giornale italiano delle malattie di torace, 1985, p.A. 78, sept. 23-28.
20. Iamandescu I.B., *Consideration on some psychological and psychiatric aspects of allergy based on personal studies*. Rev. Roum. Sci. Sociales - Series de Psychologie. Bucarest, 1987, 31, 81-85.
21. Iamandescu I.B., *Un nou test de inducere a stresului psihic în condiții de hiperemotivitate, suprasolicitare și factori perturbanți*. Rev. Rom. Psihol. 1991, 37, 209.
22. Iamandescu I.B., *Psihologie Medicală*. Ed. Infomedica, 1996.
23. Ikemi Y., *Integration of eastern and western psychosomatic medicine*. Kyushu, Univ. Press, 1995.
24. Ionescu G., *Psihoterapia*. Ed. St. Enciclop., București, 1990.
25. Jaspers K., *Allgemeine Psychopathologie*. Ed.VII-a Springer Verlag, Berlin, Gottingen, Heidelberg, 1959.
26. Kaplan H.B., *Psychosocial stress*. Acad. Press, New York, London, 1983.
27. Karasu T.B., Steinmuller R.I., *Psychotherapeutics*. Grune and Stratton, New York, 1978.
28. Klumbies G., *Psychotherapie und Allgemeine Medizin*, Hirscl Verlag, Leipzig, 1980.
29. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., *Boli psihosomatice în practica medicală* (trad. E. Toma). Ed. Medicală, București, 1996.
30. Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., *Clinical Psychiatry*. Bailliere, Tindall and Cassel, London, 1969.

31. Nemiah J.C., Sifneos P.E., chap. *Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders*. In: Ed. O. Hill. *Modern trends in Psychosomatic*, M. Huber, Bern-Stuttgart-Vienne, 1982.
32. Petzold E., *Psychotherapie bei Herzerkrankungen*. *Therapie Woche*, 1990, 40, 7, 435-439.
33. Predescu V., *Concepția psihosomatică în medicină*, *Medicinistul*, 1971, 1, 17-21.
34. Sivadon P., *Traité de psychologie médicale*. t. III, PUF, Paris, 1973.
35. Stocksmeier U, Kuhn T. und Muth T., *Stress at work and coronary heart disease of foremen in industry*. *Int. J. Rehabil. Res.* 1989, 12(3), 310-312.
36. Von Eiff A., *Zur Psychology und Klinik des Stress*. *Terapiewoche*, 1984, 34, 7192-7196.
37. Von Uexkull T., *La médecine psychosomatique*. Galimard, Paris, 1963.
38. Văleanu și Daniel, *Psihosomatica feminină*. Ed. Medicală, București, 1976.
39. Weiss J.H. *The current state of the concept of a psychosomatic disorder*. *Int. J. Psychiat. Med*, 1974, 473-482.
40. Willi J., Heim E.Hrsg., *Psychosoziale Medizin*. Bd I Grundlagen, Springer, Berlin, Heidelberg, N.Y., Tokyo, 1986.

Capitolul 4

STRESUL PSIHIC - CONCEPT OPERAȚIONAL CU ROL DE PLACĂ TURNATĂ ÎN ETIOPATOGENEZA PSIHOGENĂ A BOLILOR PSIHOSOMATICE

Ioan Bradu Iamandescu

1. Definiție

Datorăm lui Selye introducerea conceptului general de stres, definit cu o reacție generală nespecifică a organismului la acțiunea externă a unor factori -agenți stresori - de natură variată fizică, chimică, biologică și psihică. În ultimele decenii accentul definiției acestui veritabil sindrom s-a mutat pe caracterizarea ansamblului manifestărilor ce compun această reacție, în scopul analizării impactului său cu activitatea unor organe și aparate "dotate" cu disfuncții potențiale sau actuale dar și asupra unor indivizi cu o anumită constituție psihică, predispusă (ereditar sau prin traume psihice anterioare) apariției unor tulburări cu implicații disadaptative comportamentale.

O definiție sintetică actuală a "stresului general" este cea dată de A. von Eiff: **"reacție psiho-fizică a organismului generată de agenți stresori ce acționează pe calea organelor de simț asupra creierului, punându-se în mișcare - datorită legăturilor cortico-limbice cu hipotalamusul - un șir întreg de reacții neuro-vegetative și endocrine, cu răsunet asupra întregului organism"**. Mai recent, Derevenco prezintă o definiție psiho-biologică a stresului, inspirată de **teoria cognitivă a stresului** elaborată de școala lui Lazarus. Astfel, în această definiție accentul este pus pe "dezechilibrul biologic, psihic și comportamental dintre cerințele (prorocirile) mediului fizic, ambiental sau social și dintre resursele - reale sau percepute ca atare - ale omului, de a face față (prin ajustare sau adaptare) acestor cerințe și situații conflictuale" (Derevenco, 1998).

Referitor la **definirea stresului psihic**, se cuvine să menționăm că el reprezintă un caz particular de stres, înscris în sfera noțională a "stresului general", fiind declanșat de anumiți agenți stresori: cei psihici. Aceștia sunt dotați cu semnificație negativă (distres) sau pozitivă (eustres) pentru indivizi și operează în planul conștiinței numai după decodificarea lor și evaluarea "sarcinii" pe care ei o pun în fața individului (Iamandescu, 1997). Dintre definițiile existente în literatură asupra stresului psihic ni se pare mai potrivită

definiția oarecum descriptivă - dar incluzând majoritatea circumstanțelor de declanșare a stresului - dată de **M. Golu**: "**stare de tensiune, încordare, disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă (sau pozitivă, am adăuga noi, în cazul eustres-ului), de frustrare sau reprimare a unor motivații (trebuințe, dorințe, aspirații - inclusiv subsolicitarea, n.n.) , de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme**".

Completările noastre la această definiție, în afara sublinierii dihotomiei semnificației puternice pentru organism a agenților stresori negativi (distres) și pozitivi (eustres), sunt reprezentate de includerea în rândul situațiilor generatoare de stres a suprasolicitării cognitive-afective și voliționale (chiar în cursul unei activități pasionante pentru subiect!) și a efectelor, insidios propagate la scoarța cerebrală, a unor agenți fizici (zgomotul, adesea având și o rezonanță afectivă negativă), chimici (noxele ambientale) și biologici (boala, ca sursă a unor reflexe aferente viscero-corticale).

Revenind la definițiile bazate pe evaluarea în plan cognitiv (dar cu ecou afectiv) a discrepanței percepute (eronat sau nu) de către subiect între cerințele sarcinii și posibilitățile sale de a le face față, definiții ce postulează și caracterul anticipativ al reacției de stres - se cuvine să exprimăm câteva rezerve asupra capacității lor de cuprindere în totalitate a sferei noțiunii de stres. Astfel, o **imagine cu impact afectiv major** (revederea unei persoane foarte dragi sau, din contră, imaginea unui accident cu victime masacrate, ori un vis de coșmar) dar mai ales **instalarea insidioasă a unui stres de supra-solicitare** într-un climat afectiv pozitiv dar și **eustres-ul** în general, nu au aproape deloc de-a face cu anticiparea unui "dezechilibru de forțe" în fața unei amenințări. (Se poate specula totuși asupra "amenințării" momentane a echilibrului sufleteș dar așa ceva se întâmplă și în timpul unui film "horror", "gustat" de către spectator și inclus, de regulă, în rândul eustres-ului).

În altă ordine de idei, toate definițiile de până acum ale stresului psihic, inclusiv cele menționate, accentuează latura conștientizării de către individ (inclusiv anticiparea, realizată la nivelul evaluării cognitive) a potențialului nociv al agenților stresori avându-se, deci, în vedere distress-ul. Prin această se omite, cum am încercat să sugerăm mai sus, includerea în **definiție a eustress-ului, concept similar din punct de vedere al intensității stărilor afective (însă cu polaritate opusă) și al reacțiilor psihosomatice apărute, inclusiv implicațiile sale în patologia acută** (de exemplu, criza de astm), dar total diferit în perspectiva repetării sale pe termen lung (**implicații pozitive privind longevitatea**).

În plus, față de delimitarea sferei noțiunii de stres psihic - prezentă sub formele menționate, cu mici diferențe de nuanță în întreaga literatură a stresului (Selye, Lazarus, Kaplan, French, von Elff, Sells, Floru, Derevenco, Pichot, Bruchon-Schweitzer, Mc Grath, Appley și Trumbull) - am încercat o lărgire a acestei sfere, introducând conceptul de "stres psihic secundar" (Iamandescu, 1993).

Dacă **ceea ce se definește, în mod obișnuit, prin stres psihic, reprezintă, în opinia noastră, stresul psihic primar** (cu agenți stresori psihici posesori ai unei semnificații, ca de ex. cuvântul "cutremur", capabil să declanșeze instantaneu reacția de stres), în cazul "**stresului psihic secundar**"

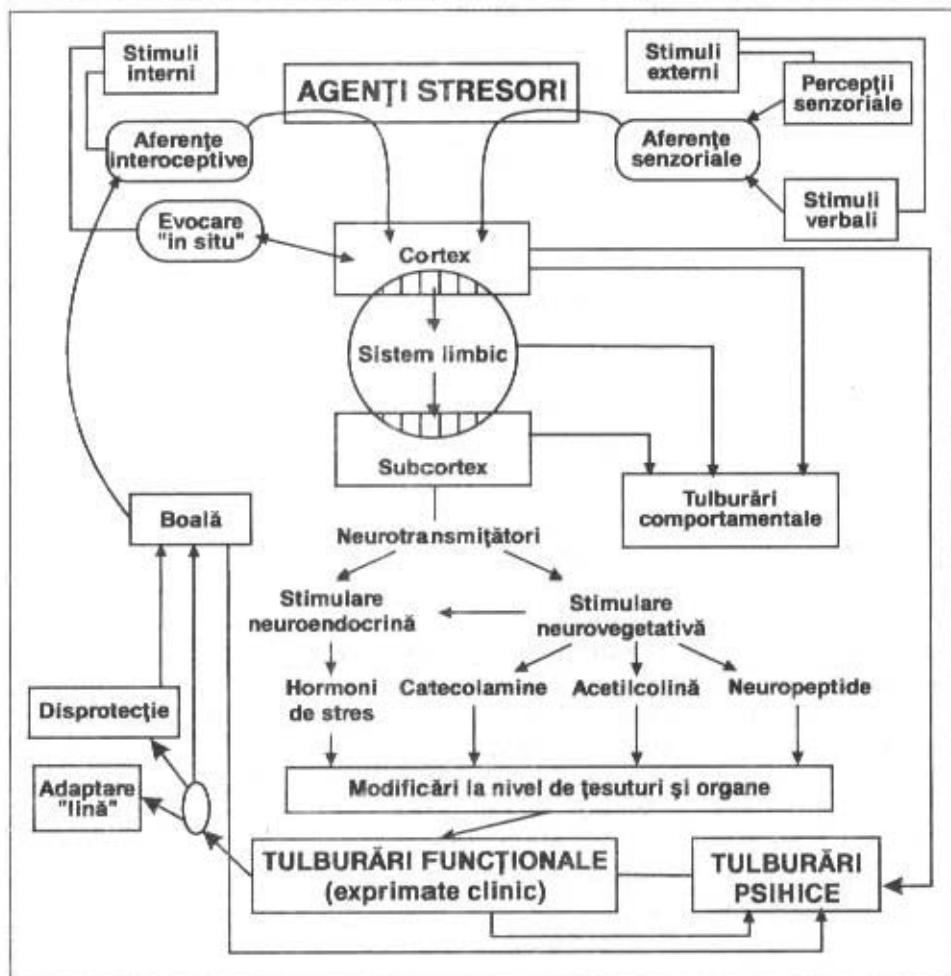
este vorba tot de o reacție de stres psihic dar care survine în continuare (sau aproape instantaneu) a unui stres primar, declanșat de agenți stresori nepsihogeni (ex. cazurile de insolație, o senzație dureroasă, sau o stare febrilă).

Cel mai elocvent exemplu îl constituie **stresul psihic secundar reprezentat de boală**, în cadrul căreia simptomele somatice generează stres psihic secundar prin recul somato-psihic (dar și un stres psihic primar prin semnificația de pericol pentru viață sau integritatea individului ori pentru inserția lui socio-profesională).

Încercând o unificare a diferitelor definiții ale stresului psihic date de autori ca: Selye, von Eiff, Pichot, M.Golu, și Bruchon-Schweitzer, putem considera că stresul psihic (SP), în ipostaza sa cel mai frecvent invocată de distress, reprezintă o reacție a întregului organism la unul sau mai mulți excitanți corespunzând așa-numitului "cel de-al doilea sistem de semnalizare" descris de către Pavlov (limbajul), dar și la stimuli nonverbali ce posedă o semnificație cu o largă rezonanță afectivă pentru subiectul în cauză. Reacția de stres psihic se manifestă sub forma unui sindrom "nespecific", în linii generale - ce include **manifestări psihice** (predominant cognitive și afective, cu exprimare comportamentală) și **tulburări funcționale - psihosomatice** - care pot afecta sau nu sănătatea unui individ. Nespecificitatea reacției de stres, în zilele noastre nu mai este acceptată decât convențional, existând diferențe - uneori considerabile - între stresurile psihice la diverșii agenți stresori (ex. stresul de examen și stresul de detenție, etc.).

Conform unei definiții personale prezentate într-o lucrare anterioară (Iamandescu, 1993), stresul psihic (în ipostaza sa cel mai frecvent invocată de "distress") **reprezintă un sindrom constituit de exacerbarea, dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacții psihice și a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului) în legătură cu agresiunea externă sau internă exercitată de o configurație de factori declanșanți (agenți stresori) ce acționează intens, surprinzător, brusc și/sau persistent și având adeseori un caracter simbolic "de amenințare" (percepuți sau anticipați ca atare de subiect). Alteori, agenții stresori reprezintă excitanți psihici cu rezonanță afectivă majoră (pozitivă - eustress sau negativă - distress) sau surse de suprasolicitare a proceselor cognitive (atenție, gândire, etc.) și voliționale, cu mențiunea că SP are la bază în primul rând o participare afectivă pregnantă. O schematizare a interacțiilor generate în cursul SP la nivelul diverselor "compartimente" ale psihicului este redată în Figura 1.**

Figura 1. Principalele mecanisme psiho-neuro-endocrino-vegetative și manifestările lor din cursul stresului psihic



2. Caractere generale

În cazul stresului psihic, agentul stresor - reprezentat de o largă paletă de **stimuli dotați cu o semnificație** de regulă nocivă (dar și intens favorabilă, în "eustress") - acționează întotdeauna pe calea organelor de simț, cu proiecție corticală. În urma intervenției sale, apar influxuri nervoase cortico-subcortice, cu activarea centrilor neuro-vegetativi superiori și punerea în funcțiune a sistemului simpato-adrenergic și a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal, cu eliberarea consecutivă a unei game polimorfe de hormoni (catecolamine, ACTH, cortizol, STH, vasopresină etc.).

În final, rezultă o eliberare crescută de mediatori ai transmiterii neuro-vegetative și de așa-numiții **"hormoni de stres"**. Toți acești veritabili **"mediatori"** ai SP au receptori specifici la nivelul celulelor diferitelor țesuturi și organe, prin intermediul cărora produc variate tulburări funcționale concretizate prin amenințarea pasageră a homeostaziei mediului intern, dar care este urmată de revenirea la valorile compatibile cu funcționarea normală a organismului (aceasta în marea majoritate a SP care nu lasă în urma lor disfuncții la diferite niveluri, generatoare de boală).

În ultimii ani (dar, încă de la Selye) capătă o utilizare tot mai frecventă termenul de **eustress**, „**stresul pozitiv**”, cu efecte benefice asupra organismului uman și care apare - cu atribute generale ale reacției de stres - în cazul în care agenții stresori au o semnificație favorabilă pentru individ declanșând veritabile afecte pozitive (bucurie intensă, extaz, triumf, râsul în hohote), fapt ce se repercutează asupra tuturor organelor și aparatelor cel mai adesea în mod pozitiv (de ex. efectele sanogenetice ale râsului) deși există excepții furnizate de apariția unor manifestări clinice (ex. criza de astm) și chiar la decese (la bolnavii cu cardiopatii severe, în cursul unui hohot de râs). Eustress-ul mai apare în cursul unor stări emoționale pozitive cuplate sau nu cu un efort fizic moderat (ex. jogging sau actul sexual). **Eustress-ul este prin excelență un stres psihic acut**, „fericirea” atunci când este cronică, nu are amplitudinea paroxistică a stresului dar constituie un fundal afectiv (cu numeroase conotații cognitive și emoționale), cu un rol favorabil asupra individului, în plan psihic și somatic.

Ceea ce, însă, constituie o apreciere relativ cvasiunanimă, este aceea că repetarea frecventă a eustress-urilor constituie „per se” (mai ales că produce o creștere a imunității antiinfecțioase și antitumorale) o premisă a longevității (v. Tabelul 1). Prin contrast, distress-ul (stresul psihic negativ) cumulează calitățile de factor de risc pentru sănătate și el rămâne încă superpozabil cu termenul de stres psihic (SP) atunci când nu se face precizarea „distress” sau „eustress”.

Și noi vom păstra această „sechelă terminologică” (stres psihic în loc de distress), utilizând în mod special termenul de eustress, atunci când va fi cazul.

În SP perturbarea homeostaziei somatice este precedată și cauzată de perturbarea homeostaziei psihice de către AS. Așadar SP are în toate cazurile repercusiuni asupra tuturor organelor și aparatelor în primul rând cele cu rol reglator (sistem neuro-endocrino-vegetativ, aparat cardio-circulator și sistemul imun), dintre care unele - grevate de o patologie anterioară, pe fond sau nu de meiotragie dobândită sau constituțională - vor răspunde prin manifestări patologice. Nota obișnuită a SP acute, cotidiene, este „reacția de alarmă”, continuată sau nu, de cea „de rezistență”, descrise de Selye, cu modificări generale și locale reversibile, în condițiile în care agenții stresori nu-și prelungesc acțiunea. Mijloacele de contracarare a acestora de către subiectul afectat (de regulă prin conduite comportamentale antistres, active dar și involuntare) sunt capabile să restabilească parametrii anteriori SP sau să împiedice chiar din „start” antrenarea unei veritabile reacții de stres, înlocuite - atunci când SP lipsește - doar cu oscilații homeostatice aflate în zona normalului.

Tabelul 1. Distress și Eustress

	Distress	Eustress
<i>Calitatea agenților stresori</i>	Neplăcuți , amenințători suprasolicitanți	Plăcuți , solicitare moderată într-un climat afectiv pozitiv
<i>Tipuri de reacții</i>	„ Active ”: furie, rușine groază, etc. „ Pasive ”: tristețe adâncă neajutorare, nesiguranță lipsă de speranță	Bucurie, triumf, extaz, „senzații tari”, râsul în cascade, excitație sexuală, dragoste, etc. Efort fizic moderat
<i>Tipuri de situații</i>	Conflict, suprasolicitare frustrare, „examen”, pierderi majore (ex. deces divorț, concediere, etc.) N.B. Buddeberg și Willi consideră: a) sit. de distress activ (implicare activă prelungită dar cu posibilitate de control redus b) sit. de distress pasiv („pierderi”, fără posibilitatea oricărui control, cu caracter de lipsă de perspectivă și „neajutorare”	Câștiguri financiare și morale, contemplare estetică (opere de artă, în special muzica, peisaje naturale), surse de răs (lecturi, spectacole etc.) N.B. Situații de provocare directă (ex. jogging-ul sau jocuri de noroc) sau indirectă (ex. filme polițiste) în care subiectul este solicitat, dar activarea fiziologică rezultată are loc pe fondul siguranței asupra controlului „provocării”
<i>Reacție endocrină</i>	a) catecolamine ↑↑ + cortizol ↑ b) catecolamine ↑ + cortizol ↑↑	catecolamine + endorfine prolactivă + CRF
<i>Sistem imun</i>	inhibiție (cel. NK)	imunostimulare (cel. NK de ex.)
<i>Ap. cardiovascular</i>	Predomină creșterea TA	Predomină creșterea AV

SP cuprinde în **tabloul manifestărilor sale**, în primul rând simptomele psihice, inclusiv manifestări comportamentale. În același timp, orice fenomen psihic, exteriorizat sau nu - de la procesele cognitive (atenție, memorie, gândire etc.) și până la procesele voliționale și afective (acestea din urmă în modul cel mai pregnant) - se însoțește de fenomene fiziologice de hiper- sau hipofuncție a organelor interne, mediate neuromoral și având în genere o intensitate moderată, sub cea a unui SP. Între simptomele psihice afective

frecvente în distres menționăm: anxietatea, iritabilitatea, furia (în formele acute), fatigabilitatea, apatia, depresia (în formele cronice).

Referitor la comportamentul individului în cursul unui SP - cronic, în special - remarcăm excesele referitoare la substitutul drogului (fumat, cafea, alcool), scăderea randamentului profesional, refuzul muncii și al acceptării responsabilităților, închiderea în sine, neglijarea aspectului fizic ca și a unor norme sociale (Luban Plozza și colab.).

Cele mai cunoscute modificări somatice induse de desfășurarea unor procese psihice sunt așa-numitele **"corelate fiziologice (somato-viscerala) ale emoțiilor"** (tahicardie, tulburări de tonus muscular, reajustări vasomotorii, tulburări secretorii etc.) care pot îmbrăca în cazul SP o serie de manifestări sesizate chiar de persoane din afara domeniului medical și concretizate în expresii ca: "îmi bate inima" sau "mi-a stat inima în loc", ori "a albit de spaimă" sau "s-a înroșit toată de rușine", "am simțit o uscăciune în gât", "mi s-a pus un nod în gât" etc.

Aceste corelate somatice ale proceselor psihice amplificate dincolo de granițele normalului în cadrul stresului psihic și repetate în timp, **solicită anumite organe și aparate cu disfuncții latente ori deja manifeste** și pot să conducă la apariția unor tulburări patologice psihosomatice a căror reversibilitate poate să dispară, o dată cu apariția leziunilor de organ, moment în care se poate vorbi de boli psihosomatice.

3. Stresul psihic și adaptarea

În ceea ce privește relația dintre SP și adaptarea organismului la mediul complex al epocii contemporane (natural-poluat și artificial-suprasolicitant), trebuie subliniat că însuși SP este o reacție a organismului "în intenție" adaptativă, numai că ea se realizează cu prețul unor eforturi mult mai mari, capabile să lase în urmă procese de uzură sau chiar leziuni la diferite nivele. SP este deci o reacție de adaptare "stridentă", "zgomotoasă" la o constelație de factori, configurând o situație care solicită structurile reglatoare cele mai înalte ale organismului (psihicul), "amenințând" să le deregleze activitatea, fapt cu consecințe inevitabile, potențial nocive, asupra tuturor compartimentelor din subordine. Luban Plozza și colab. consideră stresul ca pe **o reacție la stimulii ambientali care implică semnale de apărare și de adaptare**. Aceiași autori, mergând pe linia nespecificității stresului - postulată de către Selye - îl consideră ca pe un sistem de protecție care este permanent pentru orice tip de stimuli.

Rezistența impresionantă a psihicului, ca și a celorlalte țesuturi și aparate ale organismului la stres în general și la SP în special face ca răspunsul adaptativ - chiar dacă este dat "cu consum sporit de energie" (și la propriu, dar și la figurat) - să nu lase "urme vizibile" decât într-un număr minim de cazuri, adeseori previzibile de către medic (scăderea rezistenței biologice și psihice a organismului este previzibilă în caz de intensitate sau durată neobișnuite ale acțiunii agenților stresori - v. scala Holmes și Rahe). Indiferent de "prețul" adaptării în plan somatic ori psihic, SP lasă în urma lui două posibile modificări ale "stării sistemului" reprezentat de întregul organism:

- **creșterea rezistenței față de solicitări ulterioare identice sau similare** cu aceea care l-a generat, în caz că subiectul a dominat, deși stresat, situația inductoare a SP (se realizează un veritabil "antrenament" față de suprasolicitări psihice în circumstanțe stresante potențiale similare);

- **aparitia unei adevărate "vulnerabilități față de stres"** ce reprezintă o "capacitate" a subiectului de a "intra în stres" mult mai ușor, la acțiunea acelorași agenți stresori care i-au produs SP inițial, în cazul în care acesta s-a soldat cu un eșec adaptativ (subiectul nu a reușit să găsească cel mai potrivit răspuns față de situație ori consecințele ei au fost nocive).

Vulnerabilitatea la stres constituie o importantă premisă pentru apariția nevrozelor, psihozelor reactive și a bolilor psihosomatice (acestea din urmă necesitând și coexistența unui teren organic predispozant).

În concluzie, SP reprezintă deci un moment de solicitare a întregului organism, chiar dacă agresiunea agentului stresor se exercită inițial asupra psihicului, deoarece aceasta influențează, prin relee multiple psihosomatice, activitatea tuturor compartimentelor organismului.

Din acest motiv orice SP reprezintă un examen dat, nu numai de psihicul individului solicitat ci și de fiecare organ, în special de cele solicitate preferențial și anume: glandele endocrine, sistemul imun, aparatul cardiovascular, aparatul respirator precum și organele cu o bogată înervație cum sunt cele ale aparatului digestiv.

Acest examen este trecut cu succes în marea majoritate a situațiilor, fapt ce explică rezistența aparent miraculoasă a organismului la avalanșa zilnică de SP sau chiar SP prelungite cu majore implicații în existența individului, și dotate cu o rezonanță extremă.

Istoria naturală a multor boli demonstrează o **evoluție îndelungată preclinică (latentă) a proceselor patologice induse de variații agenți etiologici** și aflate într-un echilibru fragil cu forțele de apărare ale organismului ce acționează în sens regulator homeostatic. De regulă, **există o acțiune sumativă a mai multor agenți etiologici între care și un SP major**, ori SP minore dar repetate (sau cvasicontinue).

Dacă acțiunea SP a fost înregistrată ca impact asupra psihicului subiectului afectat (a se vedea exemplele privind efectele cutremurului din România în 1977) - fără urmări imediate asupra sănătății psihice și somatice - o evaluare a efectului lor tardiv (vezi St. M. Milcu - 1994) dezvăluie, nu rareori **aparitia - la distanță față de un SP major - unor sindroame psiho-patologice, endocrine, psihosomatice sau chiar a unor boli** din domeniul medicinei interne în a căror etiopatogenie factorul psihogen ocupă de obicei un loc mai modest (vezi pneumonia pneumococică în a cărei etiologie expunerea la frig, de exemplu, ocupă un rol mai important dar, cuplată cu un stres prelungit, o poate declanșa la câteva zile de la o expunere relativ moderată la temperaturi scăzute).

Pornind de la aceste constatări, la îndemâna medicului practician, vom prezenta în cele ce urmează o serie de afecțiuni patologice din variate domenii ale medicinei, în care SP are o participare "prioritară" adică, în raport cu alți agenți etiologici, ocupă un rol dominant.

Nu trebuie omis din această "demonstrație" nici rolul jucat de "cel de-al doilea pol" al interacțiunii stresante: **terenul "de organ"** (indus genetic sau dobândit) pe "matricea" căruia SP și-a "gravat amprenta" uneori chiar la distanță de acțiunea agentului stresant care a declanșat explozia. Tot la capitolul "teren" se înscriu și trăsăturile psihice ale individului, inclusiv baza lor neurofiziologică, dezvoltate în cursul cristalizării personalității.

Un subiect cu antecedente familiale (AHC) pozitive pentru anumite afecțiuni psihice (părinți nevrotici de exemplu) va dezvolta mai ușor sub acțiunea SP nevroze decât boli somatice, iar în caz de AHC pozitive pentru boli somatice, va fi afectat prioritar de boli psihosomatice.

Existența unui **"locus minoris resistentiae"**, postulat de A.Adler, la modul general - și pe care, în prezent, îl considerăm a fi situat la diferite nivele, inclusiv în structura sistemului nervos, va oferi locul de acțiune patogenă prioritară a SP (I.B. Iamandescu - 1993).

4. Sfera acțiunii prioritare a SP

Participarea SP poate fi considerată ca factor de risc în următoarele tipuri de boli:

a. boli psihice, în primul rând psihogeniile (unde există o declanșare exogenă prin SP, aproape exclusivă a bolii);

b. unele boli endocrine: boala Basedow, în primul rând, dar și alte afecțiuni endocrine, ca de exemplu: amenoreea de stres, disfuncțiile sexuale la bărbat, sindromul eutiroidian, hipercorticismul reactiv și nanismul psihosocial, "hipocorticismul central" la cei cu SP cronic (în cadrul "sindromului de disprotecție", constând în blocarea răspunsului endocrin) (Coculescu - 1986);

c. bolile psihosomatice (termen ce include atât ponderea crescută a etiologiei psihogene, cât și existența unui teren de organ ca și a unui anume tip de personalitate a bolnavului, receptiv la SP);

d. unele boli infecțioase cu componentă psihogenă importantă: de ex. tuberculoză, hepatită virală A;

e. unele boli metabolice: diabetul zaharat (ecloziunea și modularea evoluției sale), obezitatea, anorexia nervoasă etc;

f. în anumite cazuri de neoplasm există argumente convingătoare în favoarea implicării unui SP major în apariția bruscă a fazei clinice ori în diseminare metastatică fulgerătoare.

Desigur că în orice boală, **chiar cu o etiologie unică** (de exemplu afecțiunile patologice din domeniul ortopediei), poate fi implicat SP, atât din punct de vedere al circumstanțelor de producere (o fractură la un om stresat, un accident rutier în cazul unei stări de enervare accentuată etc.) cât, mai ales, din punctul de vedere al evoluției bolii, a cărei vindecare poate fi întârziată de SP ulterioare.

Evantaiul larg de afecțiuni în care este implicat SP ne face să ne gândim la o apreciere făcută de Balzac cu mult înainte de Selye, referindu-se la una dintre cele mai evidente emoții, capabilă să traducă un SP intens: "spaima este un sentiment care te îmbolnăvește pe jumătate, care atacă atât de

violent mașina omenească încât facultățile acesteia sunt dintr-o dată împinse, fie la cel mai înalt grad al forței lor, fie la ultimul grad al destrămării". Spaima nu este altceva decât un fel de trăsnet interior dar, ca toate accidente electrice, bizar și capricios în manifestările sale (Cesar Birotteau).

Într-adevăr, **SP solicită violent organismul uman, dar caracterul "bizar și capricios" al efectelor sale poate fi prevăzut prin studierea "punctelor slabe" ale organismului, situate, așa cum s-a menționat, la diferite nivele (reglator sau organo-efector)** (Poenaru - 1986).

Între acțiunea SP și apariția manifestărilor de boală există adesea o perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată de "latență" a bolii sau de luptă, încununată de succes, pentru lichidarea urmărilor SP dacă nu în totalitate (în special ecoul său asupra vieții psihice a individului) cel puțin la nivelul sistemelor de reglare și organelor interne, solicitate pe parcurs.

5. Modificările psihosomatice premorbide induse de SP prelungit

În afara **reacțiilor psiho-comportamentale** induse de SP, unele dintre ele atingând granița dintre fiziologic și patologic (cum este, de exemplu, oboseala extremă), există o serie de modificări ale întregului organism (inclusiv în sfera reglatorie: psihică, neuro-endocrină și imunitară) pe care le putem sistematiza astfel:

a) modificări funcționale somato-viscerale ample și prelungite (veritabile tulburări psihosomatice) care, pe un teren patologic, predispus, pot declanșa procese patologice reversibile (de exemplu un puseu hipertensiv), sau ireversibile (un accident vascular cerebral);

De regulă, solicitările somato-viscerale induse de SP declanșează tulburări funcționale reversibile la puțin timp după încetarea SP.

b) în cazuri mai rare, dar însumând cifre apreciabile la nivelul unei colectivități numeroase expuse la SP obișnuite, tulburările funcționale "amorsate" de SP participă la edificarea unor procese morfologice stând la baza apariției unor boli organice. De asemenea SP poate accelera evoluția unor procese patologice cu aparență de tulburări funcționale datorită unui substrat lezional greu evidențiable cu mijloace diagnostice uzuale. Cel mai adesea astfel de procese patologice "generate" de SP apar la un **interval "liber" sau ocupat de "tulburări funcționale"** (ex.: boala ulceroasă) sau chiar pe parcursul desfășurării unui SP prelungit sau al unor SP repetitive.

Nu trebuie omis și faptul că **realitatea zilnică oferă exemplul tipic de SP apărut pe fondul unui SP anterior, la puțin timp după "ieșirea din stres"** (când subiectul este mai receptiv față de solicitări care, în mod obișnuit, nu-i produc SP) și **mai frecvent sumația mai multor SP.**

În acest context, nuanțarea răspunsului psiho-neurovegetativ endocrin în funcție de natura SP contribuie la conturarea unor tablouri clinice al căror polimorfism este accentuat și de faptul că **tulburările funcționale (sau**

patologice) apar rareori pe un fond "bazal" de repaus, al unei anumite **activități fiziologice**. Ele apar în cursul desfășurării unor funcții legate de diferite momente fiziologice (efort, digestie, de exemplu), inclusiv al unor ritmuri biologice hormonale (exemplu secreție de cortizol, de insulină etc.) sau pe fondul unui tonus crescut neuro-vegetativ simpatic sau parasimpatic.

Există însă, chiar Selye a recunoscut-o, diferențe calitative între diferitele forme de stres - și într-o formă netă, între stresul fizic (SF) și cel psihic (SP) - fapt probat și de observația curentă asupra unor bolnavi cu infarct miocardic la care declanșarea acestuia este indusă de un stres psihic (uneori repetitiv), deși toleranța lor anterioară la efort a fost cel puțin normală (cazul multor foști sportivi, de exemplu).

Considerăm că este foarte probabil ca în SP să existe o altă configurație a mediatorilor (inclusiv a hormonilor) reacției de stres față de celelalte tipuri de stres: fizic, biologic, etc. - în special sub raportul cantitativ al participării fiecăruia - de unde și răspunsurile calitative diferite ale acelorași organe solicitate în SP așa cum sunt analizate de M. Coculescu (1992).

De asemenea un SP își prelungește acțiunea (efect recunoscut) adesea cu mult timp după încetarea agentului stresor față de stresul fizic.

6. Vulnerabilitatea psihică la stres

Referitor la terenul psihic asupra căruia acționează agenții stresori este dovedit că în așa-numitele boli psihosomatice există o serie de trăsături de personalitate cu rol "permisiv" față de stresul psihic.

După cum am arătat în lucrări anterioare (1980, 1984), **opinăm împotriva existenței unor profiluri psihosomatice proprii fiecărei boli psihosomatice (BPS)**, postulate de către Fl. Dunbar. Opinia noastră rezultă, nu numai din datele obținute la aplicarea testelor de personalitate, dar poate fi dedusă și din **coexistența, la același bolnav, a unor BPS diverse** - de exemplu astm bronșic + urticarie + ulcer duodenal + hipertensiune arterială - cum am întâlnit la șase dintre bolnavii noștri (Iamandescu, 1980). Mai recent, G. Ionescu (1990) observă aceeași perimare a acestor tipologii specifice diferitelor BPS.

Considerăm că există un "profil general" de bolnav psihosomatic și vom căuta să demonstrăm acest lucru la locul potrivit. Credem că la acest nivel, al personalității bolnavului, se realizează impactul factorului stresant psihic, în legătură cu care considerăm necesar să accentuăm rolul traumelor minime, dar cu acțiune îndelungată sau a "situațiilor fără ieșire" (Kouriisky).

Un rol important în privința recepționării intensității și duratei unui SP îl joacă, atât **mecanismele de ajustare (coping)** față de SP cât și **tipul locului de control**. Ele vor fi analizate în paragraful 7.

Vulnerabilitatea față de stres reprezintă nu atât o sumă algebrică a unor date de personalitate facilitând, mai mult sau mai puțin, "intrarea în stres" ori amplitudinea reacției la stres a unui individ. Ea este constituită de un pattern dinamic, de interacțiune, al acestor trăsături stabile de personalitate dar, adeseori, solicitate ca părți componente ale unui comportament relativ

stereotip (ca de ex. tipul A). **Vulnerabilitatea psihică la stres apare ca un element favorizant pentru bolile psihice, dar și pentru cele psihosomatice (BPS) în cadrul cărora ea se asociază cu o vulnerabilitate de organ.**

În BPS, apărute ca urmare a unui SP mai intens recepționat de către un subiect cu un tip de personalitate vulnerabilă față de acțiunea AS, putem considera că mai există un agent de "rezonanță" pentru SP. Acesta închide un cerc vicios și este reprezentat de **tulburările somato-psihice inerente oricărei boli psihosomatice, dar amplificate și ele de un tip de personalitate cu o vulnerabilitate crescută, în special, în sfera afectiv-emoțională** (de exemplu, reacția unui bolnav cardiac la extrasistolele sale ventriculare apărute în cursul unor emoții) (Iamandescu - 1993).

Actualmente câștigă teren ideea că tipul de personalitate (postulat de către primii psihosomaticieni ca fiind specific pentru fiecare dintre afecțiunile psihosomatice, ca de exemplu tipologia nespecifică a astmatului, ulcerosului, coronarianului etc.), nu mai reprezintă decât o **componentă într-un complex de factori nespecfici care modulează răspunsul individual al organismului la agenții etiologici. Acest complex multifactorial include în mod necesar trăsături de personalitate formate pe o matrice constituțională și dobândite în cursul experienței (biografia) individului, în planul inserției și interacțiunilor sale cu "rețeaua socială" (Malchair), ca și al situațiilor concrete** (evenimente cu rol stresor) care pot juca un rol trigger psihogen în patologia clinică, indiferent de natura acesteia.

Având o exprimare în actele de comportament, cu inevitabile ajustări conjuncturale impuse de acestea, considerăm că - în cazul unei hipertrofieri a trăsăturilor componente ("personalități accentuate" descrise de Leonhard) - **diferitele tipuri de personalitate pot să conflueze într-un tip general, caracterizat printr-o "vulnerabilitate față de stres", termen utilizat de Kourilsky, având o sferă mai largă decât cea a tipului psihocomportamental A, descris de Friedman și R. Rosenman.**

Astfel, pe baza unor studii și observații personale (Iamandescu - 1977, 1980, 1984) considerăm că o vulnerabilitate față de stres poate fi întâlnită atât la indivizi cu trăsături de personalitate accentuate dincolo de limitele unei adaptabilități sociale normale (și contribuind la edificarea unor acte comportamentale adeseori "ineficiente"), cât și la indivizi cu diverse tipuri de personalitate "neaccentuate", dar înclinați către un comportament generator facil de stres psihic.

Un astfel de comportament este prezent la indivizi cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoic etc.), unificați prin posedarea unor însușiri comportamentale asemănătoare, față de realizarea unei sarcini (de obicei profesionale) și de raportare la cei din jur, **tipul comportamental A** - type A behaviour pattern - (TABP), descris de Friedman, Rosenman și Jenkins.

Analiza acestui tip de comportament - dominat de sentimentul urgenței și cel al competiției, acesta din urmă dublat de ostilitate, va fi făcută în

capitolul consacrat PS cardiovasculare. În acest paragraf vom nota doar impactul comportamentului A asupra unor parametri fiziologici.

Astfel, posesorii tipului comportamental A, fie numai cu ostilitate crescută (Haynes) fie cu tot ansamblul trăsăturilor TABP, vor "rezona" disproporțional, de exemplu prin secreție excesivă de catecolamine ± cortizol, la o arie extrem de largă de stimuli psihici negativi. **Tipul comportamental A reprezintă - în opinia noastră - un tip "ideal" pentru "crearea", de către însuși individul apartenent, a unor premise pentru "colecționarea" facilă a numeroase și variate stresuri psihice și prin aceasta, el devine un important factor de risc pentru o serie mai largă de boli decât bolile cardio-vasculare cu răspândire largă dar și a altor boli cronice degenerative** (Iamandescu - 1993, confirmat și de Băban și colab. - 1995).

Pornind de la aspectele vizând rolul tipurilor psihocomportamentale în favoarea instalării unor boli (în special psihosomatice dar și a celor cu evoluție cronic degenerativă), cu o componentă etiologică psihogenă - inițial mai "ștearsă", dar ulterior tot mai accentuată - nu se poate concepe o tentativă a inserției acestor factori etiologici în patogeneză decât apelând la conceptul de stres psihic fără a uita însă și **rolul condiționării reflexe a reacției de stres la unii stimuli indiferenți** (Caroline Koblenzer - 1987, Iamandescu - 1995).

7. Stresul perceput - rezultatul a interacțiunii agenților stresori cu factori și mecanismele componente ale filtrelor antistres

□ Agenți stresori. scale de evaluare

Încă din 1967, Holmes și Rahe au cercetat corelația dintre schimbările recente de viață (afectând căminul și familia, munca și relațiile sociale ale subiectului) și apariția unor boli (infecțiile în general, tuberculoza și infarctul miocardic), constatând că astfel de evenimente - cauzatoare de SP, uneori trecut cu vederea - pot avea o influență certă în patogeneză la marea majoritate a indivizilor. De exemplu, frecvența deceselor „imprevizibile” ca și a infarctului miocardic este net crescută la un grup de subiecți din Finlanda care au înregistrat schimbări „de viață” (concediere, divorț, chiar și mutarea într-o nouă locuință) în ultimele 6 luni în raport cu o populație martor fără astfel de schimbări și cu caracteristici demografice asemănătoare (Rahe și colaboratorii - citat de Yuwiler).

Ierarhizând situațiile stresante cu caracter de „schimbare” în viața diferiților indivizi corelate cu posibilitatea crescută de apariție a bolii (deci sugerând un raport de cauzalitate), Rahe a evaluat principalele evenimente, grupate în patru categorii („**starea sănătății**”, „**munca**”, „**casa și familia**”, „**personal și social**”), acordând fiecăruia un punctaj care indică potențialul patogen al evenimentelor respective. Într-un „clasament” conform acestui

punctaj primul loc îl ocupă moartea unuia dintre soți (100), „urmată” de divorț (80), starea de arest (64), spitalizarea (62), îmbolnăvirea unui membru din familie (54) și situații profesionale, echivalente ca punctaj: pensionarea sau concedierea recentă și situația de recent căsătorit (50 puncte). Pe ultimele locuri: schimbări ale obiceiurilor personale (12), petrecerea unei vacanțe (11) și „încălcări minore ale legii”.

Valoarea unor astfel de scale este incontestabilă, mai ales pentru studiile de epidemiologie a diferitelor boli somatice și psihice, dar trebuie totdeauna analizată în cadrul anamnezei, „validarea prin S.P.”, de către fiecare individ a unor astfel de evenimente. În plus, chiar în condițiile în care acele „life changes” postulate de Holmes și Rahe declanșau reale SP majore, apariția bolilor „prezise” de Scală a fost departe de proporția prevăzută datorită unor factori de rezistență care țin de personalitatea individului dar și de terenul său de organ. Cohen și Williamson (în 1989) au considerat riscul pentru îmbolnăvire de numai 9% pentru cazurile cu punctaj crescut la această scală. S-a subliniat și de către alți autori importanța stresurilor minore zilnice cumulate în timp dar și modul în care este perceput de către indivizi propriul stres psihic (v. Scala stresului perceput de Cohen și Williamson).

Va trebui să prezentăm o mult mai **nouă scală a evenimentelor de viață cu rol de agenți stresori, elaborată de Lindemann și colab. (valabilă pentru Germania anului 1994)** pe un număr de 251 de subiecți și care indică un punctaj și o ordine destul de diferite față de scala Holmes și Rahe, apărută în urmă cu circa 30 de ani.

În privința evenimentelor „Casnice”, - decesul partenerului de viață este punctat cu 86 p., iar divorțul (tot 70 p.) este „devansat” de decesul unei ființe apropiate (73 p.) și o boală severă sau accident (72 p.). De asemenea, în jurul a 50 p. (căsătoria în scala Holmes și Rahe) figurează evenimente precum: conflicte cu legea (60 p.), incendiu al locuinței (60 p.), zgomot ambiant (51) sau penalități financiare și tulburări de somn (ambele 50 p.).

Un loc important în această scală recentă a lui Lindemann îl ocupă **stresul profesional** declanșat cel mai frecvent de „condițiile proaste de lucru” (62 p.), solicitări profesionale extrem de crescute (61 p.), munca în acord sau sub presiunea timpului (60 p.) sau conflictele cu șeful (55 p.).

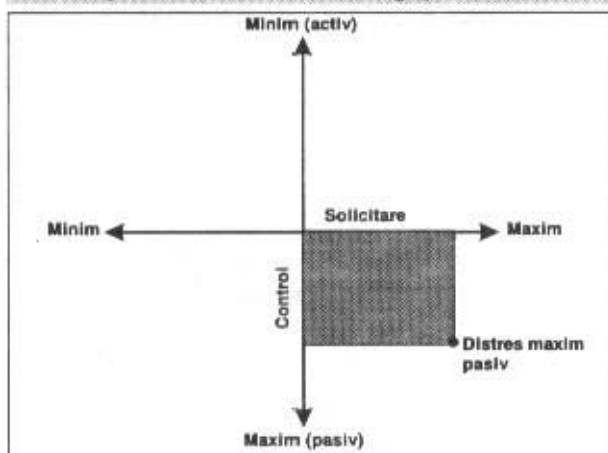
De altfel cercetările lui Thorell și Karasek, completate ulterior de Siegrist au evidențiat ca un model de stres profesional acel stres în care se configurează un complex situațional tridimensional alcătuit din:

1 - amplitudinea și calitatea (continuitate, plăcute-neplăcute) a solicitărilor;

2 - posibilitatea de control și decizie (activ-pasiv) asupra sarcinii.

Ambele dimensiuni reprezentate pe axe perpendiculare prin combinarea valorilor lor extreme binare (înalță și scăzută), delimitează patru cadrane dintre care contrastul cel mai mare îl reprezintă **distressul maxim pasiv** (solicitare crescută și control decizional minim) și **distressul minim activ** (solicitare redusă, control decizional maxim).

Figura 2 Modificată după Siegrist - preluat din Buddeberg și Willi



3 - suportul social ca factor cu rol de filtru în calea stresului și care - adăugat ca o a treia dimensiune la primele două - contribuie la conturarea unui model spațial tridimensional în care maxima morbiditate este plasată într-un "cub" ale cărei dimensiuni sunt reprezentate de: solicitare crescută, control decizional și suport social scăzute (date preluate de Buddeberg și Willi).

□ **Factorii de risc biografici** reprezintă o serie de caracteristici de mediu, psihologice și sociale, care își pun amprenta asupra individului, fiind considerate de către Hoffmann și Eggle ca veritabili factori de risc pentru bolile psihice și psihosomatice. Redăm acești factori în Tabelul 2.

Tabelul 2. Factori de risc biografici pentru patologia psihică și psihosomatică. Sistematizarea după Hoffmann și Eggle

1. Circumstanțe socio-profesionale ale părinților

- status socio-economic scăzut
- nivel școlar scăzut al părinților
- activitatea profesională a mamei în primul an de viață al copilului

2. Climatul psihic indus de părinți

- tulburări psihice ale mamei sau ale tatălui
- neînțelegeri cronice în familie (patologie relațională)
- criminalitate sau disocialitate a unuia dintre părinți (sau a ambilor)

3. Garențe afective potențiale ale copilului

- copil nedorit (inclusiv născut "nelegitim")
- educația unilaterală a mamei
- tată autoritar

4. Contacte sociale

- frecvent schimbate (nu sunt trainice)
- reduse (cu copii de aceeași vârstă)
- interval mai mic de 18 luni între frați

5. Abuz sexual sau viol

□ **Factorii cu rol de filtru în calea agenților stresori** pot fi rezumați (după Bruchon-Schneider și Danzer) astfel:

- experiența personală pozitivă („antrenament“)
- trăsături imunogene de personalitate pozitive (robustețe, sens al coerenței, optimism și simț al umorului, loc de control intern)
- suportul social (inclusiv posibilități de comunicare)
- factori demografici (vârstă tânără, statut socio-profesional ridicat)
- teren psihic patologic minim sau absolut.

8. Modul de participare și ierarhizare a acțiunii stresului psihic între ceilalți agenți etiologici

În patogeneza apariției bolilor psihosomatice trebuie avută în vedere și obligativitatea coexistenței unui teren organic melopragic, în care SP poate să-și graveze o amprentă de diferite grade, culminând cu apariția bolii.

Înainte de a analiza inserția stresului psihic între ceilalți factori etiopatogenetici ai bolilor interne, se cuvine să subliniem că **acțiunea sa - mediată prin stimulare neurovegetativă și reacția de eliberare a "hormonilor de stres" - se exercită prioritar asupra acelor aparate și organe cu o bogată inervație vegetativă** (cardiovascular, respirator, digestiv) și asupra unor funcții generate (metabolice, imunitare) cu rol major în păstrarea parametrilor homeostatici ai întregului organism.

O ierarhizare, cu tentă exhaustivă, a participării SP și intricării lui cu alți factori etiopatogenetici - în apariția și evoluția diverselor boli (nu numai SP) a fost întreprinsă la noi în 1985.

Așadar, sistematizând participarea stresului psihic la geneza bolilor interne, putem delimita următoarele situații:

8.1. - participă la constituirea bolii

Un exemplu ilustrativ îl pot oferi unii subiecți predispuși la hipertensiune arterială (HTA) la care stresurile psihice repetate pot conduce la apariția bolii, uneori la vârste mai tinere decât la ascendenții hipertensivi ai bolnavilor respectivi (Klumbies). Pornind de la acest exemplu se pot întrevedea două variante posibile:

a) boala este declanșată aparent exclusiv de factorul psihogen așa cum sunt unele debuturi bruște ale hipertensiunii arteriale după un stres major (divorț, conflicte profesionale soldate cu retrogradări sau sancționări etc.) cazurile întâlnite și de noi (Iamandescu, 1991). Din instructivele observații ale lui Klumbies am putea menționa la acest paragraf cazurile cu "pusee" de HTA, durând circa 6-12 luni, apărute la tinerii cu stări conflictuale, dar pasibile să intre în acalmie în urma unor proceduri psihoterapeutice sau odată cu dispariția sursei stresante.

b) boala este produsă și declanșată de un complex de factori etiologici care acționează sumativ cu stresul psihic (excesul de sare în alimentație, instalarea obezității etc.).

8.2. - participă la ritmarea puseelor evolutive ale bolii odată constituite.

Și aici există "variante":

a) **de participare aparent exclusivă** (ex. reactualizarea ulcerului duodenal în sesiunile de examene de vară și de iarnă, la studenți, în contrast cu ritmarea clasică a bolii - specifică la majoritatea bolnavilor dar tot pe un teren predispus (Iamandescu, 1980).

b) se adaugă posibilitatea unei **declanșări alternative de către unii din factorii etiologici specifici bolii** (revenind la ulcer, reintrarea în puseu poate fi datorată, într-un an, unei conduite alimentare defectuoase, în alt an, datorită unei medicații agresive inclusiv acidosecretoare, etc.). Referitor la ulcerul duodenal, privind relevarea importantului rol etiopatogenic jucat de *Helicobacter Pylori*, opinăm că acțiunea acestei bacterii se supune, și ea, efectelor stresului asupra imunității, știut fiind efectul nociv asupra celulelor NK jucat de creșterea cortizolului plasmatic în stările de distres cronic, fapt ce scade apărarea locală față de agentul patogen menționat.

8.3. - participă la întreținerea evoluției prelungite sau cronice a unei boli și inducerea apariției unor complicații.

Exemplificând tot cu ulcerul duodenal, prelungirea unui puseu, dincolo de limitele temporale, cu caracter obișnuit, boala poate fi consecința unui stres psihic conjugat sau nu și cu alți factori etiologici. Astfel am observat în vara anului 1976, la un lot de 26 de studenți cu ulcer duodenal, apariția la 12 din ei a unor complicații majore (8 cazuri cu hematemeză și/sau melenă și 4 cu perforație gastrică).

La 9 dintre acești bolnavi a fost înregistrată prezența unor stresuri psihice importante (6 din ei au pierdut anul universitar, iar la 3 bolnavi le-a decedat unul din părinți).

La fel ne apare și cronicizarea unei urticarii apărute acut la un alergen (alimentar de exemplu) și prelungită (uneori cronicizare) prin coexistența ulterioară a unui stres psihic. Această adăugare a SP face adesea posibilă o condiționare reflexă și preluarea etiologiei de către factorul psihogen (Iamandescu - 1996 și 1997).

8.4. - participă ca factor declanșant direct al decesului într-o afecțiune ajunsă în stadiul final evolutiv și în care o gamă de agenți etiologici pot precipita sfârșitul letal al bolii.

Cel mai elocvent exemplu este oferit de cazurile în care un stres psihic intens poate genera un edem pulmonar acut la un vechi cardiac (eventual hipertensiv) sau, mai ales, un infarct miocardic cu evoluție rapid letală. Chiar eustress-ul poate, în aceste condiții de boală preexistentă, să aibă drept efect decesul bolnavului, fiind cunoscută o serie de cazuri anecdotice de decese apărute la unii spectatori în urma emoției violente cauzate de marcarea unui gol de către echipa favorită. Această modalitate, relativ facilă, de a constitui o cauză fatală este rareori un atribut exclusiv al stresului.

Să nu uităm că eustress-ul, chiar declanșând aceleași furtuni neurovegetative și hormonale ca și distress-ul (analizat ca factor etiopatogen în prezentarea de față) este reputat ca având virtuți terapeutice, în primul rând de regenerare nervoasă. Răsul este considerat astăzi ca având efecte benefice asupra a multiple funcții ale organismului, analizate scrupulos prin variate metode de laborator. Totuși, atunci când se analizează de ex. nivelul hormonilor de stres în cazul unui subiect supus unui examen, comparativ cu unul care are o explozie de bucurie (din alte motive), în ambele cazuri se evidențiază o reacție catecolaminică.

Desigur, mai există nuanțe, unele insesizabile, în special de ordin neurosecretor, care pot în viitor explica de ce într-un caz, rolul jucat de distress este nociv iar cel de eustress benefic. Se pot da și răspunsuri privind pattern-ul diferit al emoției la nivelul structurilor corticale și subcorticale, cu corelate somatice diferite, dar persistă încă multe necunoscute ce se cer studiate pe viitor.

Revenind la inserția sa în rândul celorlalți agenți etiologici ai bolilor interne, trebuie amintit că cel mai adesea factorul psihogen - acționând în exclusivitate sau asociat cu ceilalți factori etiopatologici - declanșează la nivelul general al organismului, sau local de organ, tulburări funcționale pasibile de o reversibilitate completă, mai ales când ele se produc asupra unor structuri morfo-biochimice încă nealterate sau fără fragilitate constituțională. Din acest motiv, de regulă, stresul psihic nu antrenează atât de frecvent tulburările patologice organice, deși - în cazul preexistenței unor meiotragii de organ sau țesut (ori numai biochimice) sau repetărilor sale frecvente - se poate ancora și în organicitate.

Ceea ce trebuie reținut, este intrarea factorului psihogen în "elita" factorilor etiopatogenici ai bolilor interne, poziție în care se cere tratat cu considerație de practicieni și descifrat în intimitatea mecanismelor sale de către cercetători.

Bibliografie

1. Appley MH, Trumbull R. *Psychological stress* - New York, Appleton Century-Criffs, 1967.
2. Brouchon-Schweitzer Marilou, Dantzer R. *Introduction dans la psychologie de la santé* pp. 13-42, Presse Univ. France, Paris, 1994.
3. Coculescu M. *Neuroendocrinologie clinică*. Ed. Medicală, București, 1987.
4. Derevenco P, Anghel I, Băban Adriana. *Stresul în sănătate și boală*. Ed. Dacia, 1992.
5. Dunbar Flanders, *Synopsis of psychosomatic medicine*, Mosby, St. Louis, 1948.
6. Floru R. *Stresul psihic*. Ed. Științifică Encicloped. București, 1974.
7. French TM, and Alexander, F. *Psychogenic factors in bronchial asthma*. *Psychosom. Med. Monogr.* 1941, 4:2.
8. Golu M. În: *Dicționar de psihologie socială*, Ed. Enciclopedică București, 1981 pp. 235-236.
9. Iamandescu IB. *Corelații psihosomatice în astmul bronșic*. Teză de Doctorat, IMF București 1980.
10. Iamandescu IB. *Rolul factorilor psihoemoționalii în etiopatogenia astmului bronșic*, *Viața Medicală* 1985, 1, 34.

11. Iamandescu IB. The study of personality type on patients with allergic asthma using MMPI, vol. 4th Cong. "Bronchitis and emphysema" - Abstracte, Giornale italiano delle malattie di torace, p. A78, sept. 23-28, 1985.
12. Iamandescu IB. Stresul psihic și bolile interne, Ed. All, București, 1993, p. 172-213.
13. Iamandescu IB. Principles of psychosomatic approach to allergic patients - Rev. Roum. Psychologie, 1993, 37, Nr.1, p. 79-89.
14. Iamandescu IB. Stresul psihic la interferența Psihologiei Medicale cu Psihosomatica. J. Med., 1993, 2, 17-19.
15. Iamandescu IB. Abordare psihosomatică în alergii. J. Med. Rom., 1993, 1, 19-20.
16. Iamandescu IB. Psihologie Medicală, Ed. Infomedica, 1996.
17. Kaplan AP. The pathogenic basis of urticaria and angioedema-recent advanced. Amer. J. Med. 1981, 70, 755.
18. Kaplan HB. Psychosocial stress. Acad. Press, New York, London, 1983.
19. Klumbies G. Psychotherapie innerer Erkrankungen, Jena, G. Fischer, 1983, pp. 459-462.
20. Klumbies G. Psychotherapie und Allgemeine Medizin, Hirsch Verlag, Leipzig, 1980.
21. Koblenzer Caroline. Psychocutaneous Disease. Grune and Stratton Inc., Orlando, Florida, 1987.
22. Lazarus RS. Psychological stress and coping process, New York McGraw-Hill 1966.
23. Leonhard K. Personalități accentuate în viață și literatură, Ed. Științifică și Enciclopedică București 1979.
24. Lindemann H. Das erfolgreiche Antistress Programm Orbis Verlag, München 1994.
25. Luban Plozza B., Laederach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. Der Arzt als Arznei, Deutche Artze Verlag, Köln, 1996.
26. Milcu St. M. Sindromul psihosomatic al bătrânului valid. Viața Medicală 1984, XXXI, 277-280.
27. Poenaru S. Neurotransmission et stress (2), Euthérapie 1984, 2, 1-6.
28. Sells SB. On the nature of stress. In: McGrath JE, (ed) Social and psychological factors in stress, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1970, p. 134-139.
29. Selye H. The stress of life, Longman, Green, London, 1957. Von Eiff A, Zur Psychology und Klinik des Stress. Therapiewoche, 1984, 34, 7192-7196.

Capitolul 5

MECANISME ADAPTATIVE (DE COPING) ÎN STRESUL PSIHIC. IMPLICAȚII ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Ovidiu Popa-Velea

Termenul de "stres" a căpătat în ultimele decenii o extensie semnificativă, chiar spectaculară, ajungând a explica apariția/agravarea a o serie înțreagă de afecțiuni psihice sau somatice, izolate sau congruente.

Acest fapt, de altfel cu rădăcini în realitatea imediată, trimite cercetătorul sau chiar pe cel profan în materie – la întrebarea legitimă: există mecanisme, tehnici de a face față stresului, și dacă da, cum anume funcționează ele, cum pot fi optimizate, în așa fel încât agenții stresori – în mare parte inevitabili – să nu acționeze necontrolat, haotic asupra noastră?

Răspunsul la această întrebare a fost dat în principal de două categorii de cercetători, unii care văd aceste lucruri prin perspectiva psihologiei cognitive, alții – discipoli ai diverselor curente psihanalitice.

A. PERSPECTIVA COGNITIVISTĂ

După Lazarus și Folkman (1984), termenul de **stres** desemnează o "relație particulară între persoană și mediu, în care persoana evaluează mediul ca impunând solicitări care exced resursele proprii și amenință starea sa de bine, evaluare ce determină declanșarea unor procese de coping, respectiv răspunsuri cognitive, afective și comportamentale la feed-back-urile primite".

Această definiție aduce în prim-plan câteva atribute definitorii pentru relația persoană-agent stresor, acesta din urmă văzut ca "factor fizic, chimic sau emoțional, (și biologic, n.n.), ce produce tensiune corporală sau mintală" (Webster New Collegiate Dictionary, 1989), din care cel mai reprezentativ este termenul de "coping".

1. Coping: caracteristici generale

1.1. Definiție, structură

Copingul desemnează un "efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale" (Lazarus și Folkman, *ibid.*, pg.141).

Analiza acestei definiții pune în evidență o caracteristică esențială: copingul este ilustrarea faptului că stresul emerge numai din relația dintre subiect și situație, fiind de neconceput în afara triadei acțiune-cogniție-comportament dizadaptativ.

Definiția de mai sus este oarecum restrictivă, în raport cu noțiunea mai largă de "strategii adaptative", care ar include și mecanismele defensive de sorginte inconștientă, nesupuse controlului voluntar.

În ce privește caracteristicile copingului, paradigma cognitivă clasică pornește de la cel puțin două premise esențiale :

1) copingul presupune efort conștient, îndreptat asupra modului în care situația stresantă este percepută, prelucrată, stocată;

2) copingul presupune o anumită procesualitate, etapizare, ce se concretizează în:

- a) anticiparea situației (evaluarea costului confruntării);
- b) confruntarea propriu-zisă și redefinirea situației prin prisma confruntării;
- c) analiza semnificației personale a situației post-confruntare.

Există o anumită ierarhie la nivelul structurii copingului: copingul de tip cognitiv intervine atunci când strategiile comportamentale uzuale devin ineficiente, prea costisitoare, atunci când posibilitățile de intervenție concretă în mediu sunt limitate, sau când timpul necesar unei asemenea intervenții este prea scurt.

Distorsiunile în prelucrarea informației, redefinirea situației stresante în termeni convenabili, capătă, în viziune cognitivă, o înaltă valoare adaptativă, deși se poate întâmpla ca, uneori, să existe un dezacord între ceea ce stabilește subiectul "amenințat" în forul său interior și exigențele sarcinii.

Percepute din afară uneori ca mecanisme de "autoînșelare", tehnicile de coping de acest tip sunt frecvent întâlnite în clinică. Supraestimarea șanselor de vindecare și minimalizarea simptomelor ce anunță un prognostic prost (ex. scăderea accentuată în greutate la un bolnav neoplazic, etc.) sau optimismul nejustificat, denumite generic "iluzii pozitive" (Taylor și Brown, 1994) ar avea o certă contribuție modulatorie în relația cu stresul produs de boală.

Nu de puține ori, un șir de evaluări/distorsiuni de acest tip, pot fi urmate de reevaluări ce nu se mai adresează situației inițiale, ci celei imaginate, construite mental de bolnav. Acest fenomen atinge un apogeu în cazul constituirii anumitor boli psihice, și explică depărtarea tot mai accentuată de realitate a acestor pacienți (ex. mecanisme defensive de tip proiectiv, aplicate neselectiv, mai ales pe un tip de personalitate dizarmonic, ca cel paranoid) ; îl întâlnim însă și în diverse boli somatice, cu impact psihologic real, situație în care se poate ajunge la hipocomplianță și agravarea prognosticului inițial.

În practică, chiar și aplicarea exclusivă și neselectivă a unei singure tehnici adaptative, duce în mod inevitabil la dizadaptare și rupere de realitate. Atribute esențiale ale mecanismelor cognitive de coping la o

persoană sănătoasă le-ar reprezenta așadar flexibilitatea și adecvarea. Orientarea teleologică (spre scop) a mecanismelor de coping nu trebuie să prevaleze în principiu asupra flexibilității.

1.2. *Natura copingului*

În legătură cu natura copingului, acest aspect rămâne controversat în literatură.

Unii autori (Miller, 1987, Carver și colab., 1989, etc.) concep copingul ca pe o predispoziție stabilă, sau ca pe o trăsătură de personalitate. Alții (Lazarus și Folkman, 1984, Miclea, 1997, Băban, 1998) îl văd ca pe un proces evolutiv, inclusiv în plan ontogenetic. Cea de-a 2-a variantă este cea care câștigă vizibil teren astăzi, inclusiv pentru că susține mai bine flexibilitatea.

1.3. *Forme de coping*

Se delimitează o clasificare clasică (Lazarus și colab., 1984, 1987) în **coping centrat pe problemă** și **coping centrat pe emoție**.

Prima variantă, numită și **coping direct**, este direcționată pe analiza, rezolvarea, sau, dacă nu este posibil, minimalizarea situației stresante. Ea ar cuprinde, în principal, strategiile de acceptare a confruntării cu agentul stresor.

Cea de-a 2-a (**coping indirect**) se centrează pe persoană, pe (in)capacitatea ei de a face față stresului, și cuprinde inclusiv modalități paliative sau de autoînșelare, prin care o confruntare decisivă cu agentul stresor este adesea amânată "sine die" sau chiar nu are loc.

Alți autori concep copingul într-o manieră mult mai neomogenă, în esență multifactorială. Spre exemplu, Stone și Neale (1984) îl văd ca fiind determinat de 8 factori (catharsis, suport social, acceptare, acțiune directă, distragere, redefinirea situației, relaxare, sentimente religioase), și înșiși Folkman și Lazarus procedează, în 1985, la o diversificare a structurii copingului (8 factori: confruntare, distanțare, autocontrol, căutarea suportului social, asumarea responsabilității, evadare-evitare, planificarea rezolvării problemei, reevaluare pozitivă).

Revenind la clasificarea inițială, să remarcăm interrelația între cele două tipuri de coping, ele susținându-se și potențându-se reciproc: copingul centrat pe emoție crează condițiile pentru soluționarea în condiții mai bune a problemei (tensiunea ergică scade), iar copingul centrat pe problemă reduce distress-ul emoțional, printr-o evaluare mai realistă, decentrată de sentimentul neputinței.

Există o legătură, atât de filiație conceptuală, cât și obiectivă, între strategiile de coping (văzute din perspectivă cognitivă) și diversele scheme cognitive mai generale ale persoanei, care reflectă "modul de selecție, păstrare, interpretare a informației, din și în experiențele trăite" (Băban, 1998), chiar și independent de prezența stresului.

Mai reprezentative ne apar aceste legături în cazul locusului de control, autoeficacității, robusteții.

2. Trăsături imunogene de personalitate, implicate în coping

2.1. Locus de control

Termenul de "locus de control" a fost lansat de Rotter (1966) și desemnează "modul în care o persoană își explică succesul sau eșecul, prin cauze de tip intern sau extern, controlabile sau necontrolabile" (ibid.).

Locusul de control intern (LCI) reprezintă convingerea că responsabilitatea pentru eșec, respectiv meritul pentru succes stau în defectele, erorile, respectiv în aptitudinile și calitățile persoanei respective, și au o prea mică legătură cu întâmplarea sau factori de presiune din afară, în timp ce **locusul de control extern (LCE)** se referă la convingerea că sursa evenimentelor (pozitive sau negative) se găsește în soartă, destin sau puterea altora.

Dincolo de apropierea evidentă care se poate face între categorii ca LCE-proiecție, sau LCI-strategii de tip combativ ("luptă"), unii autori încearcă a stabili o legătură între tipul de LC și eficiența copingului. Astfel, LCI ar fi protector în stresul psihic acut și cronic (Cohen, Edwards, 1989; Rotter, 1966), prin receptivitatea crescută a persoanei la informațiile din mediu cu valoare adaptativă, prin rezistența la presiunile externe, ca și prin gradul crescut de angajare în situație. Antonovsky (cit. de Băban, 1998) consideră că LCI manifestat prin responsabilitate (asumarea răspunderii pentru succes, dar și pentru eșec) ar reprezenta un factor favorizant pentru sanogeneză. Alți autori susțin, în consens, că LCE ar fi asociat cu o proporție mai mare de insatisfacții, și cu o predispoziție netă spre anxietate și depresie (Sarason și colab., 1978).

Totuși aceste concluzii au un anumit grad de relativitate, în măsura în care :

- a) LC are totuși o evoluție individuală cu vârsta (în general de la LCI spre LCE);
- b) uneori LCI este asociat cu sentimente crescute de culpabilitate, iar LCE – cu o anumită detașare de consecințele situației stresante ("externalitate defensivă");
- c) există o variabilitate transculturală a LC, care vine din normele de presiune culturală și socială specifice unui anumit tip de societate (ex. LCI - exprimabil în autonomie timpurie, independentă, responsabilitate - și strategiile agresive de coping sunt încurajate în societățile moderne de tip occidental, iar LCE și strategiile pasive, de tip "Capul plecat sabia nu-l tale" sau "Ce ți-e scris, în frunte ți-e pus", în societățile de tip tradițional).

2.2. Autoeficacitatea și robustețea

Autoeficacitatea (AE) reprezintă "convingerea unei persoane în capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale, necesare pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor date" (Băban, 1998).

- AE crescută este asociată cu o motivație mai înaltă și cu o centrare pe problemă mai accentuată și mai productivă (subiectul își concentrează atenția pe analiza și găsirea de soluții).

- AE scăzută este, în contrast, asociată cu atribuirea insucceselor unor cauze ce țin de propria incompetență, teama de insucces, iar în plan clinic prin predispoziția netă la:

- anxietate (prin perceperea ineficienței resurselor de coping);
- depresie (rezultă din autocritica exagerată, fixarea de scopuri prea înalte).

Este documentată, de asemenea, o relație de directă proporționalitate între AE și funcționarea optimă a sistemului imun, în special a celulelor T, subpopulația NK (Iamandescu, 1996).

Robustețea (hardiness – engl., endurance – fr.) este o variabilă individuală ilustrativă pentru rezistența la stresul psihic, sau, altfel spus, pentru eficiența mecanismelor de coping.

Trei componente definesc această dispoziție de personalitate:

- LCI (convingerea că evenimentele pot fi controlate și influențate, datorită capacităților și aptitudinilor subiectului);
- angajarea și persistența în scopul propus;
- percepția schimbărilor de viață, ca fiind normale (sau chiar ca pe niște provocări ("challenges"), și nu ca pe niște fatalități).

3. Limitele teoriilor cognitive asupra copingului

În principal, cei care susțin limitele teoriei cognitive (psihanaliști, psihiatri, dar și unii medici somaticieni) se prevalează de incompatibilitatea între noțiuni ca prelucrare informațională, restructurare cognitivă conștientă, etc., și posibila evoluție subterană a unui agent stresor (uneori strict la nivel inconștient), sau de evoluția sa brutală, ce nu lasă timp suficient mecanismelor de filtrare și adaptare conștientă să acționeze. Iamandescu (1993) consideră că toți agenții stresori (fizici, chimici, biologici) induc, în ultimă instanță, un stres psihic "secundar". Este evocat efectul stresor jucat de stimuli afectogeni puternici (ex. dezgustul violent sau emoția brutală la vederea unui accident), ca și stresul psihic instalat în cursul efectuării unei acțiuni cu rezonanță afectivă plăcută pentru subiect, ce generează insidios o "stare de oboseală, cu atributele stresului" (ibid). După Shaffer (1982), citat de L. Alexandrescu (1997), agenții stresori silențioși, insidioși "pot declanșa SGA (sindromul general de adaptare – n.n.) direct, fără o evaluare cognitivă conștientizabilă", iar agenți "inevitabili" (ca poluarea atmosferică, zgomotul stradal continuu, etc.) sunt procesați automat, fără implicarea proceselor cognitive superioare.

Acestor puncte de vedere li se opun alți autori, care, sprijinindu-se și pe cercetări anterioare (studiul subcepției, analiza apărării perceptive, învățarea implicită - inconștientă - a gramaticilor artificiale) postulează imaginea unui inconștient cognitiv (Miclea, 1997), ce depășește cu mult clasicul conținut "cald, umed, primitiv și irațional" (ibid.) al inconștientului

freudian. Inconștientul cognitiv ar avea certe proprietăți informaționale și adaptative.

Această controversă, între punctul de vedere psihiatric – psihanalitic, și cel al psihologiei cognitive, este încă departe de a fi rezolvată.

B. PERSPECTIVA PSIHANALITICĂ

Tradiția psihanalitică asupra mecanismelor de apărare situează conflictul Id(sine)-ego, ca tip de conflict primar, sursă a majorității mecanismelor defensive.

Ego-ul, supus "principiului realității", încearcă compromisul optim, reconcilierea între tendințele de sens contrar ale sinelui și supra-ego-ului, supuse exclusiv "principiului plăcerii", respectiv "datoriei".

Această reconciliere se poate realiza într-o manieră mai mult sau mai puțin adaptativă, funcție și de gradul de maturizare a mecanismelor defensive.

Ierarhizarea mecanismelor defensive este, din punctul de vedere psi-analitic, un fapt real, la un pol situându-se mecanisme cu un potențial înalt patogen, "imature", ce blochează energia instinctuală, creând implicit pre-misele pentru acumularea tensiunii interne (ca de ex. negarea, represia), iar la celălalt pol, cele mature, "superioare", ca intelectualizarea și sublimarea.

Tabel 1. Câteva importante mecanisme defensive inconștiente

MECANISM	CONȚINUTUL MECANISMULUI
1. Negarea	Desprinderea, din caracteristicile potențial nocive ale unor agenți stresori, a celor acceptabile sau mai ușor contracarabile. Unei dorințe inconștiente i se refuză, cu ajutorul negării, intrarea în câmpul conștiinței subiectului (nu o recunoaște ca aparținându-i, sau o recunoaște într-o formă deghizată).
2. Proiecția	Subiectul atribuie altcuiva – dorințe, tendințe pe care nu le recunoaște ca fiind ale sale. Alte forme de manifestare: asimilarea de către subiect a unei persoane cu o alta (ex. transferul din psihanaliză), identificarea subiectului cu alte persoane sau cu creația sa.
3. Comutarea	Energia subiectului este deturnată de la scopuri intangibile, reprobabile, antisociale – spre scopuri tangibile (în cazul sublimării, ele au și utilitate socială).
4. Refularea	Trimiterea și menținerea în inconștient de gânduri, imagini, amintiri, trăiri reprobabile, penibile, antisociale, psihotraumatizante. Are caracter de apărare temporară, deoarece conținuturile refulate exercită o presiune permanentă asupra conștiinței, tinzând să iasă la suprafață într-o manieră simbolică (vise, acte ratate, lapsusuri, sau (patologic) – ca simptome psihice).

MECANISM	CONȚINUTUL MECANISMULUI
5. Regresia	Reîntoarcerea la etape anterioare ale dezvoltării subiectului (etape legate de experiențe mai agreabile și satisfacții mai mari), produsă mai ales în condiții de frustrare reală sau imaginară.
6. Formația reacțională	Investirea în diferite obiecte – de sentimente de sens opus unei dorințe refutate și comportamente inverse celor care corespund dorinței refutate.
7. Intelectualizarea	Epuizarea în procesul analitic, al conținutului psiho-traumatizant al unei situații de viață.

Criticii paradigmei psihanalitice subliniază insuficienta operabilitate și putere de generalizare a acesteia: mecanismele defensive, în viziune psihanalitică, ar fi îndreptate majoritar spre blocarea pulsioniilor instinctuale interne (și mai puțin înspre afară), ca moment de apariție sunt post-afective (se declanșează doar după ce a intervenit "anxietatea de semnal", când "pulsunile instinctuale amenință să inunde Ego-ul" (Miclea, 1997)). În viziunea acestor autori, demersul acestor mecanisme este adesea distorsionant în finalitate (nu facilitează uneori decât adaptarea de moment, iar alteori este chiar generator de simptome).

În plus, se aduc critici care țin de însăși esența teoriei psihanalitice: operația implicită cu constelații și mecanisme psihice inconștiente, deci nedemonstrabile.

Reținem, la acest punct (în ce privește mecanismele adaptative în fața stresului psihic) – predilecția pentru folosirea termenului de "coping", de către cognitiști, față de termenul "mecanisme defensive", mai uzitat de orientarea psihanalitică, care corespund tendinței de a alătura termenul de "coping" mecanismelor conștientizate, iar pe cel de "mecanisme defensive" - celor subconștiente sau inconștiente.

Principalele deosebiri între cele două curente, în ce privește mecanismele adaptative față de stres, sunt sintetizate în tabelul 2:

Tabel 2 Compararea mecanismelor de coping cu cele defensive (A. Băban, 1998)

MECANISME DE COPING	MECANISME DEFENSIVE
● procese (sub)conștiente; ● produse în contact cu realitatea; ● permit confruntarea cu realitatea; ● implică scop și perspectivă (sunt orientate spre prezent și/sau viitor); ● au (necesită) flexibilitate; ● permit exprimarea afectivă; ● preced sau succed reacției de stres; ● sunt orientate spre interior sau exterior; ● au eficiență situațională.	● procese inconștiente; ● produse la interfața ego-id; ● distorsionează (mai mult decât cele de coping) realitatea; ● orientate predominant spre trecut; ● implică automatisme, sunt rigide; ● blochează exprimarea afectivă; ● sunt procese post-afective; ● orientate spre blocarea pulsioniilor instinctuale interne; ● au organizare ierarhică: mature vs. imature.

C. UTILITATEA CUNOAȘTERII MECANISMELOR ADAPTATIVE ÎN PRACTICA MEDICALĂ.

TIPURI PSIHOCOMPORTAMENTALE CU RISC. ALTERNATIVE TERAPEUTICE

Pentru medicul curant, ca și pentru psiholog, cunoașterea pattern-urilor adaptative favorite ale pacientului reprezintă un important avantaj, atât în (re)evaluarea prognosticului prin prisma grilei comportamentale, dar și pentru aprecierea corectă a complianței terapeutice.

Uneori se pot identifica la unii pacienți adevărate tipuri de personalitate, cu vocație pentru incorporarea stresului, cum ar fi tipul A, C sau o tulburare precum alexitimia.

Primul dintre acestea, **tipul psihocomportamental A**, a fost descris de Friedman și Rosenman, încă din anii '60, în legătură cu predispoziția spre boli cardiovasculare. Ulterior, s-a dovedit faptul că trăsăturile caracteristice tipului A predispun la boală psihosomatică în general, prin suprasolicitarea compartimentelor psihic motivațional, volițional, afectiv, cognitiv, mai ales dacă aceasta este coroborată cu nerespectarea unui regim de viață sanogenetic, sau cu o vulnerabilitate înăscută de organ (meiopragie). Ei sunt adevărați "colecționari de stresuri", și posedă mecanisme de convertire la nivel metabolic a factorului psihogen în tulburări sau boli psihosomatice (Iamandescu, 1996).

Principalele trăsături ale acestui tip de personalitate ar fi reprezentate de sentimentul urgenței și de ostilitate, dar lor li se asociază mai întotdeauna, și consecințe în planul relației medic-pacient, care periclitează relația terapeutică, o mare parte din acești bolnavi fiind hipocomplianți, având adesea expectații nerealiste de la instituția medicală, neangajându-se activ în recuperarea/păstrarea stării de sănătate (au "alte priorități"), etc.

Restructurarea tipului A reprezintă o problemă spinoasă, în condițiile lipsei de motivație a pacientului pentru schimbarea conduitelor sale "standard" de a face față stresului. Între modalitățile terapeutice mai frecvent folosite, s-ar situa psihoterapiile cognitiv-comportamentale, training-ul autogen și chiar psihoterapia de grup (cu analiza predilectă a factorilor de risc incriminați).

Tipul C, pus în relație cu bolile neoplazice, a fost descris de Temoshok (1990), pe baza dimensiunii reprimare-vigilență. El ar fi caracterizat de asocierea unor mecanisme represive puternice (până la incapacitatea de verbalizare și chiar de recunoaștere a emoțiilor), cu un complex de reacții secundare, precum autodeprecieri, sentimente de neputință și de pierdere a controlului.

Tipul C, denumit de unii autori și "anger-in" (pentru că o dimensiune esențială a sa o reprezintă reprimarea sentimentelor negative, de ostilitate), constituie în plan comportamental, o ilustrare fidelă a copingului centrat pe emoție, asociat din punct de vedere neuro-hormonal și imunitar - cu

diminuarea secreției de catecolamine și a activității celulelor NK, și cu hiperfuncția axei hipotalamo-corticotrope, ceea ce accentuează inhibiția celulelor NK.

Contrada, cit. de Brouchon-Schweitzer și Danzer (1994) elaborează chiar un model etiopatogenic complex, ce argumentează pentru legătura între atitudinea "rațională" (antiemoțională) a acestor subiecți, și dezvoltarea de infecții cronice și neoplazii.

Alexitimia, descrisă pentru prima dată de J.C.Nemiah și mai ales de P. Sifneos (citați de G. Ionescu, 1990) ar fi caracterizată în principal de o incapacitate de autocunoaștere și expresie, manifestă clinic prin:

- sărăcirea vieții imaginative;
- inabilitate de autoexaminare;
- rigidizarea, "constricția" vieții emoționale;
- incapacitatea de exprimare adecvată și nuanțată, în vederea comunicării dispoziției.

Iamandescu (1998) consideră că principalul mecanism care ar putea fi invocat în aprecierea alexitimiei drept factor patogen, l-ar constitui posibilitatea redusă de exteriorizare (prin verbalizare) a suferinței lor psihice sau somatice. Ikemi (1995) lansează chiar termenul de "alexisomie", aceasta reprezentând incapacitatea de exprimare, la bolnavii psihosomatici, a suferinței lor corporale.

În cazul alexitimicilor, se aduce în discuție ceea ce unii autori înțeleg prin "hiposimbolism", uneori dobândit, alteori înăscut. Dacă în cazul alexitimiei primare, etiologia rămâne neclară (componenta ereditară nefiind incriminată exclusiv), alexitimia secundară rezultă din modificări la nivelul stilului de coping, constituite prin intermediul învățării sociale.

Se notează (C. Tudose, 1987), răspunsul bun la psihoterapiile suportive și educaționale, la unele terapii de grup, iar în tulburările psihosomatice asociate – utilitatea biofeedback-ului și a terapiilor de relaxare.

Deși pattern-urile descrise pot explica o parte din dificultățile pe care le întâmpină o serie de pacienți, atât în raportul cu propria lor boală, cât și în relația cu medicul, rămâne deschisă problema acelor pacienți care nu se încadrează în categoriile menționate, și care, fără a avea, de altfel, o afectare psihică gravă, cu potențial de ireversibilitate, se cantonează în mecanisme dizadaptative de coping.

În aceste cazuri, cele mai numeroase de altfel, se pune problema educării pacientului în direcția însușirii unui nou stil de viață, și înarmarea sa cu mijloacele necesare pentru a accede și a se menține la acest palier.

Pentru realizarea acestui obiectiv, consecutiv identificării mecanismelor dizadaptative (inclusiv a dinamicii acestora), se poate trece la o formă de psihoterapie adecvată necesităților și posibilităților pacientului.

Câteva orientări în această direcție ar merita menționate (după Holdevici, 1996):

- **psihoterapia experiențială**: consideră omul ca pe o entitate activă, autoafirmativă, cu un potențial latent cert. Nu se urmărește neapărat strict vindecarea simptomelor actuale, ci perfecționarea, atingerea unui nivel

superior de conștiință, accentuându-se pe contextul de viață în care are loc psihoterapia, pe raportul de simetrie (egalitate) între psihoterapeut și client. Prin tehnici de exprimare liberă a Eu-lui (dramatice, de imaginație dirijată, etc.) se crează premisele pentru saltul de la folosirea exhaustivă, stabilă, rigidă a câtorva strategii – la multiplicarea acestora și la flexibilizarea utilizării lor;

- **psihoterapia cognitiv-comportamentală:** pune accentul pe formularea problemei în termeni clari, și pe elaborarea unor strategii comportamentale la îndemâna pacientului, de a face față situației. Accentul se deplasează de la insurmontabilitatea aparentă a problemei, spre raționalizare, experimentare (inclusiv mentală), relaxare, fiind extrem de eficientă în tulburări de tip anxios sau obsesivo-fobic;

- **psihoterapia scurtă, centrată pe obiectiv:** vizează clarificarea scopurilor pacientului, deplasarea centrului de greutate al discuției dinspre problemă spre soluție (pornindu-se de la așa-zisele "excepții pozitive" din viața pacientului), evidențierea progreselor (chiar minime) ale pacientului, încurajarea acestuia în direcția asumării de responsabilități și acțiuni independente;

- **analiza tranzațională:** se pornește de la premisa multiplicității stărilor Ego-ului, în fiecare persoană coexistând stările de "părinte", "adult" și "copil", fie în latență, fie activ. Trecerea la terapie este precedată de analiza stărilor Ego-ului și de alcătuirea unei egograme. Analiza relațiilor interpersonale și tentativa de restructurare comportamentală implică analiza dinamicii stărilor Eu-lui și modificarea scenariilor de viață. Acest obiectiv poate fi realizat și cu ajutorul hipnozei, în vederea obținerii regresiei de vârstă, necesară acestor schimbări.

- **psihoterapia de grup:** facilitează (funcție și de dezirabilitatea subiectului în grup), apariția sentimentelor de acceptare și de creștere a încrederii în sine, deplasarea comportamentului de la orientarea spre trecut – la cea spre viitor, deplasarea gândirii de la orientarea spre simptom la orientarea spre Eu, perceperea mai fină și mai diferențiată a realității.

Toate aceste forme de psihoterapie, alături de psihoanaliză, și fără a epuiza paleta extrem de largă de psihoterapii, au vocație adaptativă, în primul rând prin restructurarea mecanismelor de coping, dar și prin creșterea disponibilității generale a subiectului la autocunoaștere și autoformare. Utilizarea lor la bolnavii psihosomatici reprezintă un aport extrem de valoros în remodelarea unor comportamente nocive pentru sănătate, ele valorizând suplimentar colaborarea cu psihologul, și optimizând intervenția terapeutică.

Bibliografie

1. Alexandrescu L. - (1997) "Stresul psihic - concepte generale", în: *Rev. Română de Sănătate Mintală*, 6, 6-10.
2. Băban Adriana - (1998) "Stress și personalitate", *Presa Universitară Clujeană*, 43-70, 89-98
3. Brouchon-Schweitzer M., Dantzer R. - (1994) "Introduction à la psychologie de la santé", *Presse Univ. de France*, Paris.
4. Carver S., Scheier M., Weintraub J. - (1989) "Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 184-195.
5. Cohen S., Edwards J.R. - (1989) "Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder", în R.W. Neufeld (ed.) - "Advances in the investigation of psychological stress", J. Wiley & Sons, Chicester.
6. Folkman S., Lazarus R.S. - (1985) "If it changes, it must be a process; study of emotion and coping, during three stage of college examination", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
7. Friedman M., Rosenman R.H. - (1959) "Association of specific overt behavior patterns, with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinically coronary disease", *JAMA*, 169, 1286-1296.
8. Friedman M., Rosenman R.H. - (1974) "Type A behavior and your heart", Knopf, New York.
9. Holdevici Irina - (1996) "Elemente de psihoterapie", Ed. All, București.
10. Iamandescu I.B. - (1993) „Stresul psihic și bolile interne”, Ed. All, București.
11. Iamandescu I.B. - (1998) „Psychoneuroallergology”, Romcartexim, București.
12. Iamandescu I.B. - (1993) „Stresul psihic și bolile interne”, Ed. All, București.
13. Iamandescu I.B. - (1998) „Psychoneuroallergology”, Romcartexim, București.
14. Iamandescu I.B. - (1996) "Psihologie Medicală", ed.a 2-a, Ed. Infomedica, București.
15. Ikemi Y. - (1995) „Integration of Eastern and Western Psychosomatic Medicine”, Kyushu Univ. Press, Tokyo.
16. Ionescu G. - (1990) "Psihoterapie", Ed. Științifică, București.
17. Lazarus R.S., Folkman S. - (1984) "Stress, Appraisal and Coping", Springer Publishing Company, New York.
18. Lazarus R.S., Folkman S. - (1987) "Transactional Theory and Research on emotions and coping", *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
19. Miclea M. - (1997) "Stress și apărare psihică", *Presa Universitară Clujeană*, 4-43.
20. Miller S. - (1987) "Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat", *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
21. Rotter J.B. - (1966) "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", *Psychological Monographs*, 80, 1-128.
22. Sarason I.G., Johnson J., Siegel S. - (1978) "Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
23. Shaffer M. - (1982) "Life after Stress", Plenum Press, New York.
24. Stone A., Neale J. - (1984) "New measure of daily coping: development and preliminary results", *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
25. Taylor S.E., Brown J.D. - (1994) "Positive illusions and well-being revised: Separating facts from fiction", *Psychological Bulletin*, 1, 21-27.
26. Temoshok L. - (1990) "Type C and cancer", Random House, New York.
27. Tudose Cătălina - (1987) "Alexitimia", în C. Gorgos (red.) - "Dicționar enciclopedic de psihiatrie", vol. 1 (A-D), Ed. Medicală, București.

Capitolul 6

HORMONII DE STRES

Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

1. Considerații generale

Hormonii reprezintă chemiteri umorali, substanțe capabile să transmită informația pe cale umorală, la distanță, la nivelul receptorilor celulari specifici existenți în diverse țesuturi.

Glandele endocrine, în funcție de natura agentului stresor, determină un răspuns, **eliberând** catecolamine, hormoni glucocorticoizi, vasopresină, prolactină, opioide endogene și **inhibând** eliberarea de testosteron, hormoni gonadotropi.

Implicarea hormonilor în reacția de stres psihic sau fizic nu se poate desprinde în mod net de cea a sistemului nervos central și autonom, datorită întricării și interdependenței activității celor trei sisteme. Acest aspect este valabil și referitor la sistemul imun, cu care sistemul neuroendocrin are legături strânse demonstrate recent.

1. Rezultanta globală a secreției diferitelor glande endocrine în stres, conturează un tablou umoral specific diverselor situații generatoare de stres. Intricarea sa cu ceilalți mediatori ai reacției de stres (de neurosecreție a celulelor nervoase sau fibrelor nervoase de diverse categorii: adrenergice, colinergice, peptidergice, etc.) realizează o rezultantă umorală complexă cu efecte „nuanțate” asupra receptorilor celulari specifici hormonilor și mediatorilor respectivi, declanșând răspunsuri somato-viscerale caracteristice pentru subtipul de stres psihic (de ex. reacție violentă sau blocaj emoțional în cadrul unui conflict sau așteptare anxioasă sau depresie, etc).

Fondul activității secretorii a glandelor endocrine, ca și starea funcțională bazală a sistemului endocrin, la care se adaugă terenul genetic și eventualele antecedente patologice, condiționează amplitudinea și durata răspunsului; nu trebuie ignorate corelațiile cu centrul nervos: cortico-limbico-hipotalamici, în special factorii eliberatori sau factorii inhibitori ai hormonilor adenohipofizari, etc.

2. Referitor la natura agenților stresori care determină eliberarea de CRF (corticotrophine-releasing factor), menționăm:

- disconfortul fizic și probabil psihic;
- stările de abandonare a luptei, generatoare de reacții de „ajustare pasivă” în cursul stresului psihic;

- stările de „suspense” înaintea unei intervenții chirurgicale sau de anticipare a unui act care implică durerea fizică și un efort intens.

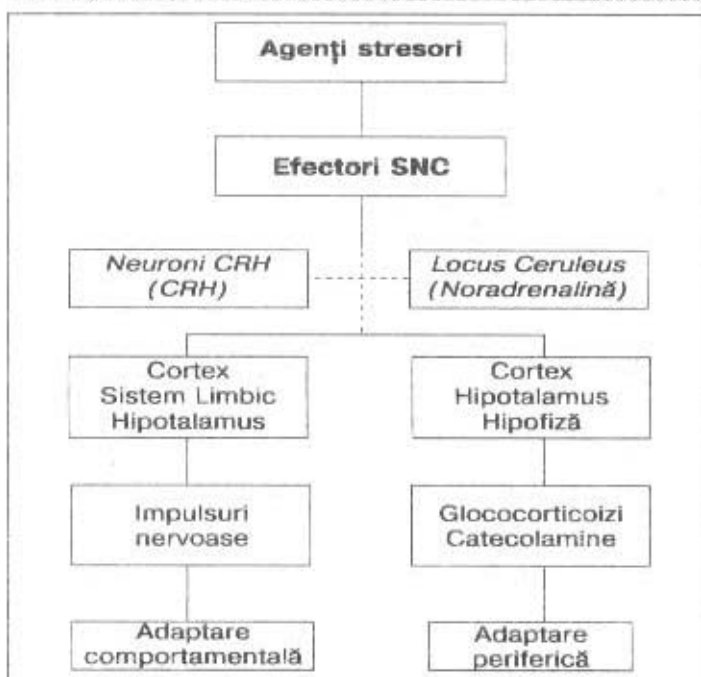
Eustresul produce, de asemenea, o reacție cortizolică, dar aceasta este depășită de reacția catecolaminică.

Este de menționat că pot exista stresuri psihice fără modificări ale nivelurilor serice ale cortizolului.

Clasic, se cunosc două tipuri de răspuns endocrin global la stresul psihic, după predominanța uneia din cele două reacții fundamentale postulate de Selye: catecolaminică și cortizolică. În prezent, tabloul umoral neuro-endocrin este mult mai complex.

3. Principalii efectori biologici ai răspunsului generalizat la stres (sindromul general de adaptare) sunt reprezentați de CRH - hormonul eliberator de corticotropină - și sistemele norepinefrină - locus ceruleus.

Figura 1. Medierea stresului de către efectorii centrali prin intermediul CRH - corticotropin releasing hormone și al SNC (după Gold WP)



Când homeostazia este amenințată, acești efectori, puși în mișcare, acționează direct asupra sistemului nervos central (figura 1), facilitând căile nervoase adaptative, care promovează atenția, vigilența, agresivitatea, în timp ce le inhibă pe cele non-adaptative ce promovează funcții vegetative precum: comportamentul alimentar și sexual, funcția reproductivă. În periferie, ele acționează prin intermediul catecolaminelor și al hormonilor glucocorticoizi pentru a redirecționa fluxul sanguin către sistemul nervos central și a mobiliza energia pentru acțiune imediată.

4. Există o funcție foarte importantă a hormonilor glucocorticoizi în timpul stresului, ce necesită o atenție specială. Secreția de hormoni glucocorticoizi este necesară pentru a restrânge sau contracara efectele răspunsului la stres, prevenind consecințele activării prelungite excesiv. Astfel, **hormonii glucocorticoizi antagonizează hormonul eliberator de corticotropină și sistemul noradrenalină - locus ceruleus.**

Efectul ce urmează se poate produce:

- *direct*, prin **stimularea activității enzimatice a tirozinhidroxilazei la nivelul locus ceruleus**, mediată prin **intermediul receptorului glucocorticoid**;
- *indirect* prin **inhibiția efectului hormonului eliberator de corticotropină asupra locus ceruleus.**

Hormonii glucocorticoizi mediază, de asemenea, imunosupresia - mecanism în care intervine răspunsul inflamator implicat în clasică situație "fight-or-flight", în traumatisme. Deși poate oferi un avantaj în timpul unei situații acute, un astfel de efect devine problematic în timpul stresului emoțional, care rar se rezolvă rapid și definitiv, precum pericolul asociat cu combativitatea fizică directă.

Oricare stres, inclusiv cel psihic, implică activarea sistemului neuro-endocrin central care presupune intervenția:

- axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliene;
- catecolaminelor.

Studii clinice și experimentale recente au arătat că niveluri crescute ale cortizolului (de tipul celor din stresul psihic cronic) putând produce leziuni ale sistemului nervos (hipocampus - veche formațiune filogenetică anatomică, implicată în unele forme de memorie - are o sensibilitate crescută la acțiunea cortizolului).

În cursul unui stres acut, **concentrații crescute ale cortizolului determină distrugerea neuronilor de la nivelul hipocampusului, putând afecta memoria** care, mai departe, determină disfuncții cognitive.

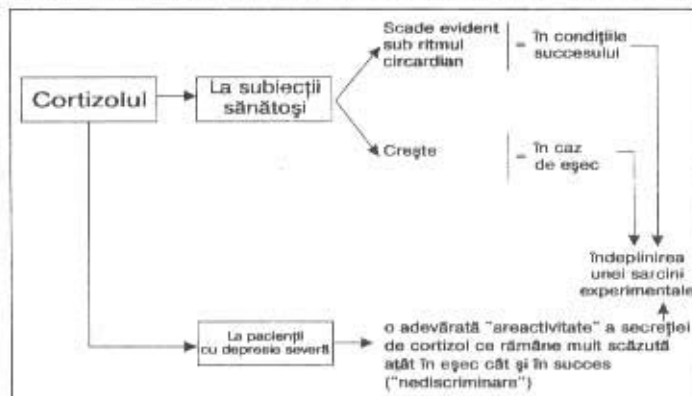
În cursul procesului de îmbătrânire, hipercorticismul este asociat cu afectarea performanței - în sindromul Cushing, boala Alzheimer, depresie.

Dehidroepiandrosteronul (DHEA) reprezintă un antagonist al cortizolului. S-a constatat că nivelul de DHEA scade, și este invers proporțional cu cel al cortizolului.

5. **Testosteronul** scade în stresul psihic, în cursul căruia subiectul percepe un control redus asupra evenimentelor (Henry). De regulă **există un raport invers între nivelurile cortizolului și cele ale testosteronului** în cursul stresului, mai ales în faza anticipării eșecului (Rabin și colab., 1988).

Diferențierea secreției hormonale este în funcție de intensitatea și importanța psihologică pe care le atribuie individul agentului stresant (Coculescu M.). Spre exemplu, secreția de cortizol apare la stimuli mai puțin intensi comparativ cu cea de hormon de creștere (Ling și colab.). Reacția corticosuprarenaliană poate fi determinată numai de caracterul de noutate sau de bruscărea unui stresor fizic.

Figura 2. Intervenția cortizolului în condiții de stres (după Croes și colab., 1993)



2. Axa hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenaliană

Hormonii glucocorticoizi joacă un rol important în adaptarea organismului la stres (*figura 2*).

În condiții de stres, se constată, la câteva minute de la producerea acestuia, o creștere a sintezei de ACTH prin mecanism nervos (*figura 3*).

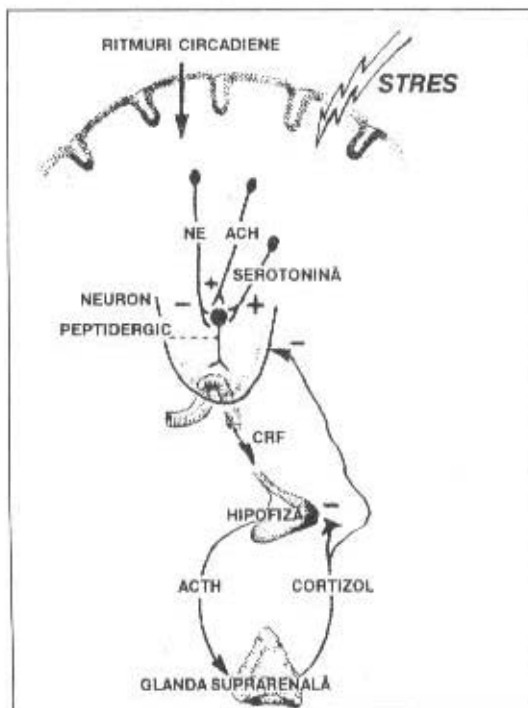


Figura 3.
Reprezentarea schematică a reglării secreției de ACTH. Secreția de ACTH este stimulată de CRF hipotalamic și este inhibată prin feedback-ul negativ exercitat de cortizol (după Martin, J.B., et al., *Clinical Neuroendocrinology*, 2nd Ed. Philadelphia, F.A. Davis, 1997)

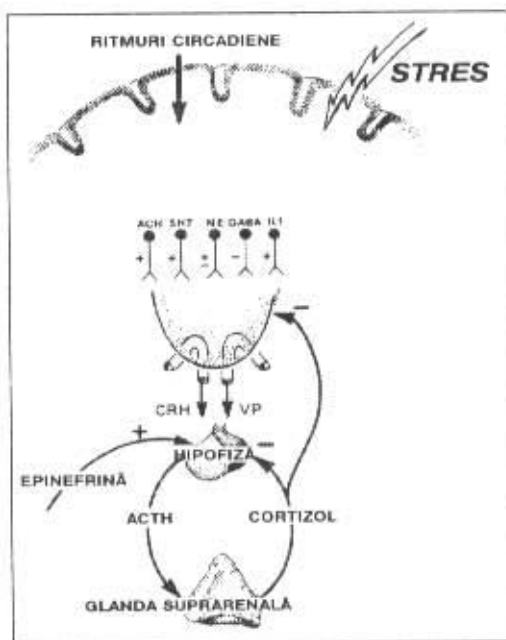


Figura 4.
Reprezentarea
schematică a funcției
axului hipotalamo-
hipofizo-adrenal în
stres (după Martin J.B.,
Reichlin S. Clinical
Neuroendocrinology,
2nd Ed. Philadelphia,
F.A. Davis, 1997).

1. Condiții secretorii pentru ACTH și cortizol

ACTH stimulează cortexul adrenal pentru a elibera cortizol, care la rândul lui exercită un feedback negativ asupra hipofizei anterioare. Secreția de ACTH este stimulată de CRH care acționează concomitent cu argininvasopresina (AVP) (VP în figura 4). **Eliberarea de epinefrină în sânge indusă de stres potențează efectele AVP și CRH.** Efectele de feedback ale glucocorticoizilor sunt exercitate direct asupra hipofizei și asupra sintezei și secreției de CRH și AVP. În hipotalamus, secreția de CRH și AVP este reglată printr-o multitudine de neurotransmițători și neuropeptide, cei mai importanți fiind reprezentați în figura 4. Dintre neurotransmițătorii clasici, efectele excitatorii sunt exercitate de acetilcolină (ACH) și serotonină (5TH), iar efectele inhibitorii de către GABA (acid gammaamino butiric). Catecolaminele pot avea atât efecte inhibitorii, cât și excitatorii. Într-o reprezentare mai veche a acestui sistem de control, se credea că serotonina acționează prin intermediul acetilcolinei. Studii mai recente sugerează că **serotonina acționează direct asupra neuronului CRH, NE (norepinefrină), IL 1 (interleukina 1).**

ACTH-ul plasmatic și secreția de cortizol răspund la stresul fizic în mod caracteristic. Astfel, **ACTH-ul și cortizolul plasmatic sunt secretați în minutele următoare debutului unui stres de tipul celui chirurgical sau hipoglicemic**, iar aceste răspunsuri abolesc ritmul circadian dacă stresul este prelungit. Răspunsul la stres își are originea în sistemul nervos central, cu o secreție crescută hipotalamică de CRH și, astfel, o secreție crescută de ACTH hipofizar. Responsivitatea la stres a ACTH-ului plasmatic și a cortizolului este abolită printr-o administrare anterioară a unei doze mari de glucocorticoid, iar în sindromul Cushing-spontan; din contră, responsivitatea secreției de ACTH este intensificată după adrenalectomie.

Creșterea secreției de ACTH și, prin urmare, a cortizolemiei se face datorită diferiților stimuli nervoși care sporesc producția de CRH în celulele neurosecretorii din hipotalamus.

CRH (corticotrophin-releasing-hormone) ajunge prin sistemul vascular port hipotalamo-hipofizar în hipofiza anterioară, stimulând eliberarea de ACTH care va acționa la nivelul corticosuprarenalelor determinând eliberarea cortizolului.

Cortizolul poate stimula conversia noradrenalinei și a adrenalinei la nivelul medulosuprarenalei prin activarea enzimei fenoximetil-N-metil transferaza.

În stresul acut creșterea nivelelor cortizolului determină creșteri de 20 de ori ale secreției de ACTH. Secreția de ACTH în aceste proporții este inhibată rapid de creșterea cortizolemiei prin mecanism feedback (dispare după 30 de minute). Neurotransmițătorii implicați sunt acetilcolina și serotonina.

Noradrenalina intracerebrală exercită o inhibiție tonică în ceea ce privește răspunsul secretor al hormonului adrenocorticotrop la stres.

Axul hipotalamo-hipofizo-adrenalian joacă un rol esențial în fiziopatologia stresului. Mult timp s-a considerat că stresul precipită episoadele de tulburări afective la indivizii cu susceptibilitate genetică.

O lungă perioadă s-a considerat că ACTH este singurul agent reglator al descărcării de cortizol din cortexul adrenal. Dovezi recente sugerează că **există perioade în care apare o disociere între concentrațiile plasmatice de ACTH și cele de cortizol** (de ex. după masa de prânz, după administrarea de de metamfetamine, în cursul primelor ore ale dimineții), când pot exista creșteri ale cortizolemiei fără o modificare precedentă sau concomitentă a concentrației plasmatice de ACTH. Recent s-a observat că aproximativ o jumătate din timp nu există o relație directă între secreția de cortizol și de ACTH. **Sunt implicate mecanisme ACTH-independente**, incluzând activarea simpatică a cortexului adrenal, activarea prin mecanism paracrin - mesagerii chimici produși în medulosuprarenală - și alte peptide ce stimulează direct cortexul adrenal - de ex. γ -MSH, GH, interferoni, etc.

2. Reglarea secreției de ACTH

Secreția de ACTH este reglată de o serie de factori: CRF, vasopresina, somatostatina, polipeptidul intestinal vasoactiv, catecolamine (atât prin mecanisme α - cât și β -adrenergice), angiotensină, glucocorticoizi.

CRF și vasopresina reglează secreția de ACTH în cazul acțiunii diferiților agenți cu efect stresor. CRF este principalul factor ce modulează răspunsul ACTH la stres, **vasopresina** jucând un rol adjuvant. Răspunsul la stresul hipovolemic (hemoragie - stres cu răsunet hemodinamic) este mediat în principal de vasopresină.

Noradrenalina, pe calea mecanismului α_1 -adrenergic, este implicată în reglarea axului hipotalamo-hipofizo-adrenalian.

Dopamina și serotonina au influențe stimulatorii asupra axului hipotalamo-hipofizo-adrenalian; acidul γ -aminobutiric (GABA) și peptidele opioide inhibă activitatea axei.

3. Efectele psihice și somatice ale cortizolului

Pacienții cu **tulburări afective**, în cursul fazei depresive, manifestă o secreție crescută de cortizol, apreciată prin determinarea cortizolului liber urinar pe 24 de ore. **Pacienții cu depresie au concentrații plasmatice**

crescute de corticosteroizi, concentrații cu atât mai mari cu cât depresia este mai severă (Gibbons). Nivelurile glococorticoizilor plasmatici revin la normal după tratamentul antidepressiv. Există o corelație pozitivă între rata producerii de cortizol și anumite simptome de depresie și anxietate.

Într-un studiu (Carpenter și Bunney) s-a constatat o similaritate între concentrațiile de cortizol la pacienții cu afecțiuni psihiatrice și cele observate la cei cu boală Cushing.

Concentrațiile serice de cortizol sunt crescute la pacienții cu depresie, existând atât creșterea numărului cât și a amplitudinii episoadelor secretorii. Nu se constată un paralelism între gradul și extinderea creșterii nivelului de ACTH și variația observată în valorile cortizolului (Linkowski).

Rezultatele studiilor sugerează că **la subiecții deprimați există o creștere a sensibilității cortexului adrenal la ACTH**, pacienții cu depresie prezintă un răspuns cortizolic la ACTH superior față de subiecții normali din lotul de control, în concordanță cu creșterea responsivității adrenocorticale la ACTH în cursul depresiei.

În plus, **CRH este implicat - prin intermediul secreției de cortizol plasmatic - în scăderea imunității în stările depresive, prin afectarea celulelor NK**. Foarte posibil, CRH se eliberează în cursul stresului psihic de durată, iar când stresul psihic se menține intens și prelungit pe fondul unei stări depresive, apare inițial o creștere a cortizolemiei cu efecte negative asupra imunității, corelate cu apariția unor boli infecțioase și accelerarea dezvoltării tumorale.

Tabelul 1. Efectele cortizolului asupra diferitelor țesuturi și organe (adaptat după I.B. Iamandescu – 1993, I.G. Totolanu – 1992)

Acțiuni metabolice ale cortizolului	
Metabolism	Efecte fiziologice
Metabolism protidic	– Reducerea sintezelor proteice – Bilanț azotat negativ – Catabolism protidic crescut
Metabolism glucidic	– Stimularea activității enzimelor implicate în gluconeogeneză – Scăderea utilizării periferice a glucozei (în țesutul muscular, adipos, limfatic) – Acțiune hiperglicemiantă și prin efectul permisiv asupra glicogenolizei hepatice exercitate de adrenalină și glucagon
Metabolism lipidic	– Mobilizarea grăsimilor din depozite, cu redistribuirea lor în anumite zone caracteristice (față, ceafă, fose supraclaviculare, trunchi, abdomen) – Potentarea efectelor (în special efectului lipolitic) glucagonului, adrenalinei și STH-ului asupra lipidelor (acest efect este contracarat de insulină)
Metabolism hidro-electrolitic	– Creșterea eliminării de K^+ și reabsorbției de Na^+ la nivelul tubilor renali – Creșterea filtrării glomerulare, având un discret efect diuretic

<i>Alte acțiuni ale cortizolului</i>	
Țesut sau organ	Efecte fiziologice
Tegumente și mucoase	- Creșterea secreției sudorale - Diminuarea secreției seboreice - Scăderea sintezei fibrelor elastice - Scăderea numărului de celule conjunctive și a fibrelor elastice la nivelul vaselor sanguine din piele
Țesut conjunctiv	- Excesul de glucocorticoizi inhibă fibroblaștii, ceea ce conduce la pierderea de collagen și țesut conjunctiv
Sistem muscular	- Creșterea catabolismului protidic - Scăderea utilizării glucozei - Scăderea sintezei fibrelor colagene
Sistem osteo-articular	- Reducerea sintezei matricei collagenice - Stimularea activității osteoclastelor - Inhibarea osteoblastelor, cu osteoliză și secreție urinară crescută de hidroxiprolină - Scăderea fixării Ca^{2+} la nivel osos
Aparat respirator	- Efecte beta-stimulatoare pe bronhii (relaxare) - Scăderea secreției de mucus - Inhibarea migrării macrofagelor; inhibarea fagocitozei
Aparat cardiovascular	- Creșterea debitului cardiac - Sensibilizarea peretelui arterial la catecolamine (creșterea tonusului vascular periferic) - Creșterea volemiei (retenție de Na^+ și apă) - Reglarea microcirculației capilare
Sânge	- Stimularea eritropoiezei (policitemie) - Hipercoagulabilitate - Leucocitoză cu neutrofilie; scăderea numărului de bazofile; limfopenie și reducerea numărului de eozinofile prin sechestrare la nivelul splinei și plămânilor - Redistribuirea leucocitelor - Reducerea migrării leucocitare și a fagocitozei
Aparat digestiv	- Creșterea secreției gastrice de pepsină și HCl (favorizarea apariției ulcerului gastric) - Scăderea absorbției digestive a Ca^{2+} (diminuarea rezervelor de calciu ale organismului) - Inhibarea secreției de mucus - La nivel hepatic: producere crescută de corpi cetonici
Aparat uro-genital	- Retenție tubulară de Na^+ și apă - Hipertonie arteriolară renală - Eliminare urinară crescută de Ca^{2+} și fosfați - Rată crescută a filtrării glomerulare (datorită creșterii debitului cardiac sau a unui efect renal direct)
Sistem nervos	- Efect excitator; în stres secreția de hormoni glucocorticoizi este mult crescută (glucocorticoizii joacă un rol important în adaptarea organismului la stres)

	- Creșterea consumului de glucoză la nivel neuronal - Creșterea sintezei neuronale de glutamină - Modificarea concentrației de serotonină și catecolamine
Glande endocrine	- Inhibiția hipotalamo-hipofizară - Inhibiția funcției tiroidiene - Inhibiția funcției gonadale - Potențarea efectului presor al catecolaminelor (mențin reactivitatea normală a vaselor sanguine la acțiunea catecolaminelor) - Efect permisiv în ceea ce privește acțiunea bronhodilatatoare a adrenalinei și noradrenalinei
Sistem imun	- Scăderea numărului limfocitelor T, prin diminuarea producerii interleukinei-2 - Diminuarea volumului ganglionilor limfatici și a timusului - Scăderea sau suprimarea producerii de anticorpi (inhibarea mecanismelor de apărare a organismului față de infecții) - Inhibiția activității celulelor NK

3. Catecolaminele

Medulosuprarenalele reprezintă un traductor neuroendocrin periferic, așa cum hipotamusul este traductorul neuroendocrin central (de tip neuro-secretor).

Medulosuprarenala secretă atât **hormoni catecolaminici** (adrenalină, noradrenalină, dopamină), cât și **hormoni peptidici opioizi** (enkefaline, endorfine), acestea din urmă cu rol neuromodulator local asupra celulelor care le secretă.

Adrenalina este sintetizată și depozitată în medulosuprarenale, de unde este eliberată în circuitul sanguin. Noradrenalina provine din două surse, având o dublă ipostază funcțională: hormon secretat de medulosuprarenală și mediator simpatic eliberat în circulația sanguină.

1. Acțiunile fiziologice ale hormonilor medulosuprarenali

Modificările fiziologice induse de catecolamine sunt mediate de receptori adrenergici. Interacțiunea catecolamine-receptori are loc la nivelul membranei celulare, progresează la nivelul celulei și determină răspunsul celular.

Răspunsurile fiziologice au fost caracterizate drept β sau α , pe baza seriei de activitate farmacologică selectivă a agoniştilor.

Ambele catecolamine determină **efecte tip alfa**; adrenalina determină efecte de **tip beta** (în general metabolice) mult mai pronunțate decât noradrenalina.

2. Mecanisme de reglare a secreției de catecolamine

În condiții fiziologice eliberarea catecolaminelor din medulosuprarenală se face sub controlul direct și exclusiv al sistemului nervos. Influxul nervos este un inductor enzimatic pentru **tirozinhidroxilază**, **enzima cheie care controlează rata sintezei catecolaminelor**.

Tabelul 2. Răspunsurile adrenergice ale țesuturilor selectate

ORGAN SAU ȚESUT	RECEPTOR	EFFECT
Inimă (miocard)	β_1	Crește forța de contracție Crește frecvența contracțiilor
Rinichi	β	Eliberare crescută de renină
Vase sanguine	α	Vasoconstricție
	β	Vasodilație
Intestin	α, β	Motilitate scăzută și tonus sfincterian crescut
Pancreas	α	Eliberare scăzută de insulină Eliberare crescută de glucagon
	β	Eliberare crescută de insulină Eliberare scăzută de glucagon
Ficat	α, β	Glicogenoliză crescută
Țesut adipos	β	Lipoliză crescută
Majoritatea țesuturilor	β	Termogeneză crescută
Țegument (glandele apocrine de pe mâini, axilă etc)	α	Sudorație crescută
Bronșiole	β_2	Dilatație
Uter	α β_2	Contracție Relaxare

Tabelul 3. Receptorii adrenergici și efectele exercitării lor

Tipul	Mecanismul de acțiune prin mesagerul secund	Efecte fiziologice
Receptori alfa Alfa 1	Ca ²⁺ activează fosfodiesteraza care transformă AMPc în AMP	Vasoconstricție Contracție uterină
Alfa 2	Prin proteina Gi este inhibată activitatea adenilciclazei	Hipertonia mușchilor netezi
Receptori beta Beta 1 Beta 2	Sunt cuplați adenilciclaza prin proteina Gs ⁺ - stimulantă Determină sinteza de AMPc	Stimulează activitatea miocardului Stimulează lipoliza

Tabelul 4. Reglarea secreției de catecolamine

● nervos	- stresul, frigul, emoțiile, efortul fizic intensifică activitatea tirozinhidroxilazei, deci determină creșterea adrenalinei și noradrenalinei.
● feed-back local intracelular	- excesul de catecolamine inhibă activitatea tirozinhidroxilazei, deci determină scăderea adrenalinei și noradrenalinei.
● control umoral	- prin cortizol, cu rol de stimulare (activează PNMT) - prin prostaglandinele E, cu rol de stimulare.
● la nivel de receptor	- prin nivelul glicemiei

a) Controlul neurogen

În stres există un control nervos cu **arcuri reflexe gigante, catenare**, cu aferențe multiple nervoase și umorale la o zonă centrală catecolaminergică mezencefalo-diencefalică în **legătură cu sistemul limbic** ("creierul visceral"). Unele reflexe ale reglării viscerale se pot închide direct în trunchiul cerebral și măduva spinării. Nu toate stresurile realizează activarea medulo-suprarenalei prin reflexe supraspinale. Unii stresori (imobilizarea prelungită) pot activa sistemul simpato-adrenal prin arcuri reflexe care se închid la nivelul măduvei spinării (după Teodorescu Exarcu, *Fiziologia și fiziopatologia sistemului endocrin*).

Alți agenți stresori (intervențiile chirurgicale) parcurg obligatoriu căi supraspinale, **secționarea măduvei spinării împiedicând răspunsul endocrin la stres**.

b) Controlul local, intracelular, prin feedback

Catecolaminele își autoreglează producția prin mecanism de feedback negativ între noradrenalina, adrenalina, dopamina intracelulare și activitatea tirozinhidroxilazei.

c) Controlul umoral

În reglarea producerii de adrenalină intervine cortizolul, activând enzima PNMT. Din acest motiv, hipofizectomia scade sinteza de adrenalină; în absența cortizolului, enzima PNMT este degradată rapid.

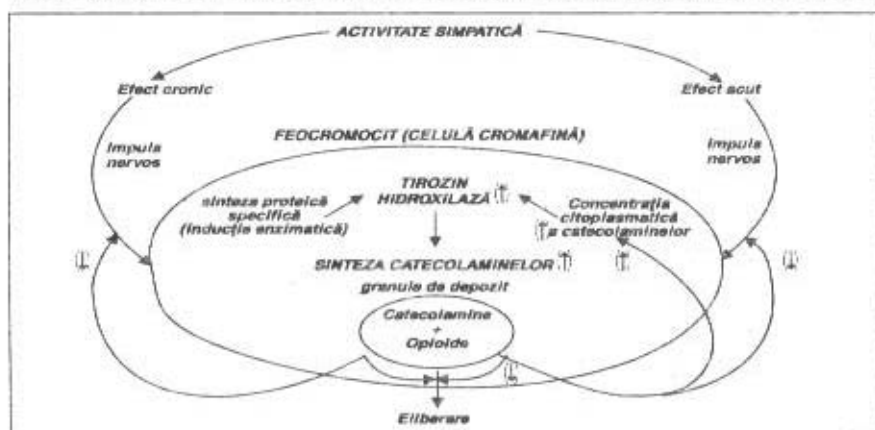
d) Reglarea la nivel de receptori

Receptorii adrenergici au un rol major în reglarea răspunsurilor țesuturilor periferice la acțiunea catecolaminelor. Numărul de receptori disponibili și afinitatea lor sunt influențate de cantitatea de catecolamine, de factorii locali fizico-chimici și hormonal.

Conform legii lui Cannon, **sensibilitatea unui organ la catecolamine crește după denervare**.

Modificările fiziologice induse de catecolamine sunt mediate prin receptori adrenergici existenți la suprafața celulelor efectoare.

Figura 5. Controlul neurogen al secreției de catecolamine



3. Intervenția catecolaminelor în stresul psihic

Catecolaminele dețin un rol important în adaptarea organismului la stres, atât din punct de vedere metabolic, hemodinamic cât și psihocomportamental.

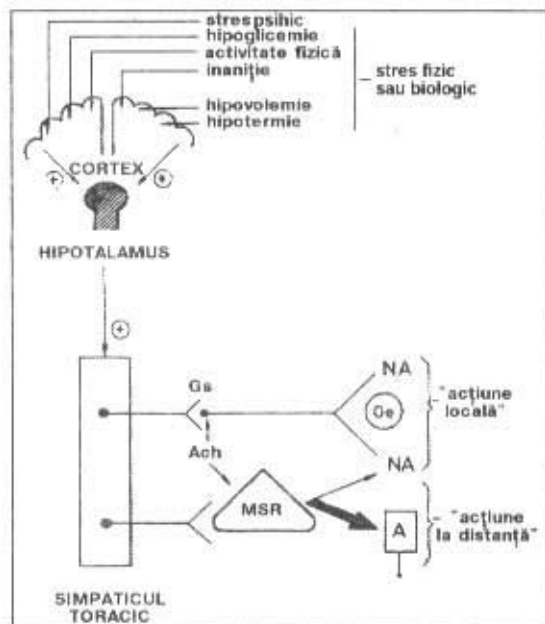


Figura 6.
Rolul catecolaminelor în adaptarea la stres și pregătirea organismului pentru activitatea fizică.
 Gs = ganglion simpatic;
 A = adrenalină;
 NA = noradrenalină;
 Ach = acetilcolină;
 Ce = organe efectoare;
 MRS = medulosuprarrenală
 (după Totolanu I.G. - 1992)

Adaptarea psihocomportamentală la stres se realizează atât prin intermediul sistemului catecolaminergic central, cât și prin cel periferic.

Catecolaminele intervin în stres prin "ajustarea" rezistenței periferice prin vasoconstricție mediată de receptorii α și prin vasodilatație mediată prin receptorii β . Un factor important pentru apariția infarctului miocardic este reprezentat de spasmul coronarian prelungit, indus atât de hipercatecolaminemie, cât și de depleția magneziului, ambele produse în cursul stresului psihic (exemplul recent al unui caz relatat de Zeănă C., 1999).

Adaptarea metabolică la stres are rol în menținerea constantă a glicemiei.

Reacția catecolaminică din cursul stresului psihic are loc prioritar în cursul unor stări de vigilență și încordare a atenției (inclusiv starea de start ori de activitate mentală intensă), ca și în stările afective explozive, inclusiv cele cu valoare de eustress. Diferențele secreției între adrenalină (A) și noradrenalină (NA) apar - în sinteza executată de către Iamandescu, 1993 - astfel:

- **A** - predomină în SP însoțit de anxietate, incertitudine, schimbare, așteptare. Ea crește semnificativ în stările de concentrare a atenției în condiții perturbatoare ca și în stările de frică (producând hiperventilație, creșterea tensiunii arteriale);

- **NA** - crește împreună cu A, în stările de furie exteriorizată și, singură, în furia interiorizată, dar și în situațiile care provoacă răspunsuri agresive, în expunerile prelungite la efort și la frig.

Sistemul noradrenergic reprezintă un mediator de bază pentru **comportamentul deficitar de tipul helplessness și depresiei**, apărut în cadrul hipofuncției adrenergice (Janke și Wolfgramm).

Weiss, citat de Janke și Wolfgramm demonstrează **rolul stresului psihic cronic de a reduce disponibilitatea noradrenalinei** (favorizând, deci, depresia, care este legată de aceasta).

Sistemul dopaminergic este decisiv implicat în **medierea stărilor afective pozitive ce apar după stres** (Willner și Schell-Kruger – 1991, cit. de Janke și Wolfgramm – 1996).

4. Implicații farmacologice

Beta-blocantele ce pot să combată excesul de catecolamine (Antal și colab.) pot fi utile chiar trăgătorilor (de tir) deoarece nu scad precizia (performanța); dispărea tremorul datorat catecolaminelor. În studiul anterior menționat s-a utilizat Metoprolol; actualmente beta-blocantele selective sunt cu atât mai eficiente.

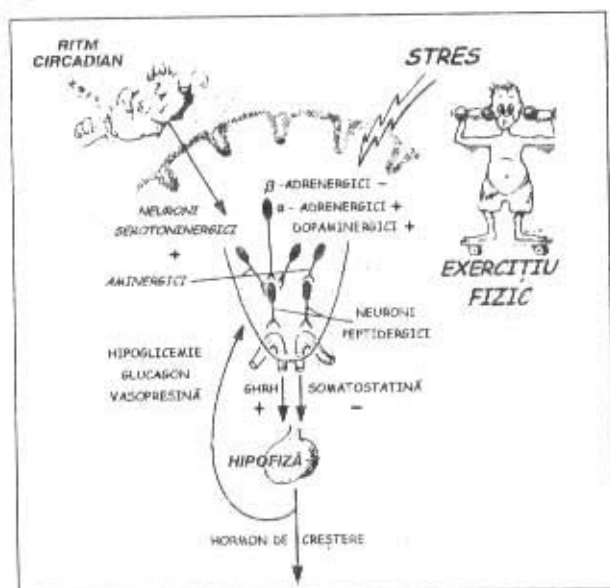


Figura 7. Reglarea secreției de GH este legată în special de factorul eliberator de GH (GRF) și somatostatina hipotalamică. Influențe adrenergice, dopaminergice și serotonergice exercitate de sistemul nervos central modulează secreția hipotalamică de GRF și SRIF, care determină secreția de GH în hipofiza anterioară (după Reichlin S., In Williams, R.H. (ed.) Textbook of Endocrinology, 6th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1981)

4. Hormonul de creștere (GH)

Secreția GH este reglată prin interacțiunea complexă a influențelor nervoase și endocrine, atât stimulatoare cât și inhibitoare. Acest control este realizat prin acțiunea a cel puțin doi hormoni: **GRF (hormon eliberator al GH)** și **somatostatina**, hormoni sintetizați și descărcați din neuronii hipotalamici. Există, în plus, dovezi că monoaminele, în principal dopamina, noradrenalina și serotonina acționează prin modularea eliberării acestor hormoni hipotalamici cu tropism hipofizar.

GRF stimulează atât sinteza cât și eliberarea GH la nivelul celulelor somatotrope ale hipofizei anterioare, în timp ce somatostatina inhibă numai descărcarea de GH de la acest nivel.

În condiții bazale GH este secretat ritmic, cantitatea de hormon fiind mai mare în primele ore ale nopții. Vârsta constituie un determinant major al secreției de GH: secreția de GH scade cu înaintarea în vârstă (Finkelstein și colab.).

Pacienții cu depresie (uni- sau bipolară) secretă o cantitate de GH superioară față de subiecții sănătoși (Mendlewicz și colab., 1985), această secreție având loc mai mult în cursul stării de veghe decât în timpul somnului. S-a observat o creștere a nivelului secreției de aproximativ 6 ori în depresia unipolară și de circa patru ori în cadrul depresiei bipolare. În acest studiu nu a putut fi constatată o relație între secreția nocturnă de GH și depresie. Un studiu anterior (Schilkut și colab.) a sugerat că secreția de GH este afectată în cursul nopții la pacienții cu depresie, acești pacienți având o secreție nocturnă de GH diminuată (anomalia fiind pusă pe seama alterării structurii somnului - somnul cu unde lente).

5. Prolactina

În stresul psihic, secreția de prolactină crește numai în situații acute, nu și în cele de acțiune cronică ale agenților stresori. Pe lângă efectele menționate, referitoare la comportamentul sexual, amenoree și galactoree de stres este menționat și comportamentul matern de alăptare care poate fi perturbat în stres (Iamandescu I.B.).

Principalul factor inhibitor al secreției de prolactină (PRL) este dopamina provenită din neuronii dopaminergici de la nivelul eminenței mediane. Dopamina inhibă atât sinteza de prolactină (prin inhibarea transcripției ADN-ului) cât și eliberarea prolactinei. Dopamina acționează prin intermediul receptorilor specifici. Compușii care au ca efect blocarea receptorilor dopaminergici (metoclopramid, haloperidol, fenotiazine) sau cei care produc depleția conținutului hipotalamic de PRL (alfa-metildopa, rezerpină) determină creșterea secreției de PRL. Este în curs de investigare și importanța altor factori hipotalamici în inhibarea secreției de PRL.

Serotonina are ca efect descărcarea de PRL, blocanții acesteia (metisergin, ciproheptadină) putând inhiba această acțiune.

Alți neurotransmițători de la nivelul sistemului nervos central pot fi implicați în modificarea secreției PRL: opioidele endogene, acidul gamaaminobutiric (GABA) și analogii săi, antagoniștii receptorilor H₁, cimetidina (blocant al receptorilor H₂), polipeptidul intestinal vasoactiv.

**

Am schițat în capitolul de față o punte din datele existente despre implicarea principalilor hormoni în reacția complexă psiho-neuro-endocrino-vegetativă și imună constituită de înșuși stresul psihic. Am încercat să legăm datele prezentate de circumstanțele psihologice de apariție a stresului psihic. Despre ceilalți hormoni de stres, existând încă date contradictorii și insuficient probate, vom încerca să publicăm într-un viitor apropiat un capitol sau chiar o monografie având coordonate cu mult mai ample.

Bibliografie selectivă

1. J.D. Baxter, L.A. Frohman. *Endocrinology and Metabolism*. Third Edition. Ed. Philip Feling.
2. Coculescu M. *Neuroendocrinologie Clinică*. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1986.
3. Coculescu M. *Endocrinologie clinică - note de curs*, ed. a III-a, Ed. Medicală, 1998.
4. Croes S., Merz P. and Netter P. (1993). Cortisol reaction in success and failure condition in endogenous depressed patients and controls. *Psychoneuroendocrinology*, 18, 100-113.
5. De Groot L.Y., Larsen P.R., Hennemann G. *The Thyroid and its diseases*. Sixth Edition. 1996.
6. Dumitrache C., Ionescu B., Ranetti A., *Endocrinologie, Elemente de diagnostic și tratament*, Editura Național, 1997.
7. Francis S. Greenspan. *Basic and Clinical Endocrinology*. Third Edition. Ed., 1991.
8. Greabu M., Paveliu F. *Biochimie Medicală*. Ed. Infomedica, București, 1997.
9. Iamandescu I.B. *Stresul psihic și bolile interne*. Ed-All, București, 1993.
10. Iamandescu I.B. *Psihologie medicală*, Ed. Infomedica, 1995.
11. Kellermann (Hrsg.), *Emotion: Theory, Research, and Experience*, Vol. 3 (S.37-60). San Diego: Academic Press.
12. Martin J.B. et al. *Clinical Neuroendocrinology*, 2nd Ed. Philadelphia, F.A., Davis, 1997.
13. Milcu M. *Tratat de endocrinologie clinică*, vol. I, Editura Academiei Române, București, 1992.
14. Rose R.M. - *Psychoendocrinology*. Wilson J., Foster D., Ed. Williams Textbook of Endocrinology, Saunder, Philadelphia, 1985.
15. L.H. Smith Jr., S.O. Thier. *Pathophysiology. The Biological Principles of Disease*. 2nd Ed. A. H. Samiy, L.H. Smith, J.B. Wyngaarden. (Ed.) 1985.
16. Teodorescu Exarcu - *Fiziologia și fiziopatologia sistemului endocrin*, 1989, 254-350.
17. Totoianu I.G. *Introducere în fiziologia clinică a sistemului endocrin*. Ed. S.C. "Cromatic Tipo" SRL, Târgu-Mureș, 1992.
18. *Williams Textbook of Endocrinology*. 8th Ed. J. D. Wilson and D. W. Foster (Ed.)
19. Von Eiff A. *Stress in der Pathogenese von Funktionsstörungen und Erkrankungen*. *Therapiewoche*, 1981, 31, 1, 9-16.
20. Von Eiff A. *Zur Physiologie und Klinik des Stress*. *Therapiewoche*, 1984, 34, 52, 7192-7196.
21. Zeană C. *Viața Medicală*, 1999, 9, p.3

Capitolul 7

PRINCIPII ȘI MODALITĂȚI DE ABORDARE PSIHOSONIATICĂ

A. CONCEPTUL DE ABORDARE PSIHOSONIATICĂ

Ioan Bradu Iamandescu

1. Considerații generale

Abordarea psihosomatică (APS) a bolnavului de către medic presupune, din start, o viziune integrativă (holistică) asupra actului medical, considerat - potrivit concepției psihosomatice-dintr-o dublă perspectivă: cea medicală propriu-zisă și cea psihologică (specifică oricărei relații interpersonale). Această abordare globală a bolnavului presupune două obiective, conform opiniei lui van Es: centrarea demersurilor medicului pe pacient (pornind de la precizarea, împreună cu acesta, a obiectului cererii sale) și stabilirea, împreună cu pacientul, a planului terapeutic.

APS constă în esență, din introducerea în cadrul examenului clinic, în special la nivelul anamnezei, a unor elemente de investigație asupra rolului factorilor psihici în dinamica bolii (alături de ceilalți agenți etologici) dar și dintr-o considerare atentă a elementelor psihologice ale dialogului cu bolnavul, unele dintre ele constituind veritabile premise sau chiar modalități de debut ale psihoterapiei de susținere.

Dacă într-o relație de tip client-mecanic de mașină, elementele psihologice născute inerent în cursul comunicării dintre cei doi, nu au cum să se repercuteze în nici un fel asupra defecțiunilor mașinii (cel mult, sub aspectul seriozității cu care mecanicul va efectua reparația) - în cadrul relației medic-pacient elementele psihologice pot influența covârșitor reacția organismului, inclusiv răspunsul terapeutic. În plus, abordarea psihosomatică (APS) presupune, în primul rând, o adevărată "prejudecată" din partea medicului de a căuta, în contextul plurifactorial al principalelor boli ale epocii contemporane, participarea complexă (factor predispozant sau trigger) a stimulilor psihici, cel mai adesea sub forma stresului psihic.

Deși nu este atât de utilă ca în cadrul bolnavilor psihosomatici și mai ales psihosomatici, abordarea psihosomatică de către medicii psihiatri este mai frecvent întâlnită datorită pregătirii și practicii acestora în direcția unei

abordări psihologice a bolnavilor psihici pe care îi au în sarcină profesională. În schimb, tulburările psihosomatice ale acestor bolnavi pot ridica problema unui substrat lezional, când ele nu apar coerent legate și justificate de simptomele psihice care domină scena clinică.

Pentru medicii somaticieni, nepsihiatři, APS constituie adesea un element acceptat formal și utilizat într-un mod accidental sau cu totul insuficient, fapt ce "se răzbună" ulterior sub forma unui diagnostic incomplet (cu omiterea trigger-ului psihogen) dar mai ales a unei rezistențe terapeutice, chiar atunci când s-au prescris medicamente adecvate simptomatologiei prezentate de bolnav.

Un lucru este sigur, **APS trebuie să devină un modus operandi, intrat în conștiința profesională a oricărui medic, atât din rațiuni pragmatice (optimizarea actului medical) cât și din respect pentru omul bolnav al cărui confort psihic trebuie asigurat prin toate mijloacele posibile dar și accesibile medicului care îl îngrijește.**

În cele ce urmează vom încerca să prezentăm o linie generală a APS a bolnavilor somatici, valabilă în special pentru bolnavii cronici, deoarece în bolile acute APS rămâne doar un cadru general, limitat la primele segmente (evaluare psihologică rapidă-"tehnica flash" de care vorbesc Luban Plozza și colab. 1996).

În urgențele medicale și chirurgicale APS se rezumă doar la un anumit tip de atitudine din partea medicului, cel mai adesea legată de siguranța profesională și optimism, cu o tentă de compasiune "reglată" conform severității simptomelor și cerințelor extreme de ajutor din partea bolnavului. Pe măsură ce boala regresează, totuși problemele psihologice ale bolnavului se înmulțesc legate de perspectivele vindecării sau cronici-zării dar mai ales de acele mai vechi conflicte sau frustrări, care, o dată depășită primejdia reprezentată de boală, revin cu brutalitate în conștiința bolnavului.

Acestea, doar câteva modalități de prezentare a bolnavului în fața medicului - la care se adaugă și diferențele dintre locul și momentul îndeplinirii actului medical (la domiciliu bolnavului, la locul accidentului, în spital salon sau camera de gardă) sau în cabinetul medicului - justifică intenția noastră de a prezenta un set de minime conduite de APS ale medicului în cadrul efectuării actului medical, ele putând constitui doar un model, cu variabile aplicații și mai ales completări, potrivit ecuației sale terapeutice și condițiilor concrete în care are loc dialogul cu bolnavul.

În continuarea capitoului vor fi detaliate elemente specifice anamnezei bolnavilor adulți sau copiilor ca și o serie de elemente - distincte de alte specialități medicale - ale comunicării dintre medicul de familie și pacienții săi, aflați într-un grup cu caracteristici înrudite, nu numai genetic ci și din punct de vedere al relațiilor de comunicare, adesea însă-distorsionate sau orientate spre veritabile conflicte.

2. Elemente de bază ale APS

O punere la punct asupra APS a bolnavilor a fost realizată în 1996 de către Luban Plozza, Laederach-Hofmann, Knaak și Dickhaut, în lucrarea

"Der Arzt als Arznei" ("Medicul ca medicament"), ca și în noua versiune a Medicinii Psihosociale realizată de Buddeberg și Willi în 1998. Încercând o reorganizare și o schematizare a datelor expuse în aceste lucrări, filtrate prin experiența personală, ca și prin datele altor autori psihosomaticieni (Stocksmeier, Petzold, etc.), am conceput următoarea strategie de APS aplicabilă tuturor bolnavilor examinați dar valabilă în special pentru bolnavii cronici cu afecțiuni patologice psihosomatice ca și pentru pacienții cu probleme de ordin psihologic care se consideră bolnavi și așteaptă vindecarea unor tulburări somatice "sine materia".

a) Evaluarea psihologică a bolnavului "la prima vedere" (prima impresie) - reprezintă desigur, un atribut cu valoare maximă pentru un medic somatician experimentat, cu calități relaționale deosebite, amplificate printr-o cultură psihologică sau cel puțin psihiatrică, deosebită.

Se au în vedere:

- stabilirea contactului vizual cu bolnavul, inclusiv considerarea limbajului, mimică, gesturi, inflexiunile vocii (comunicarea non verbală).
- faptul că este marcat sau nu la exterior de boală (dispnee, înțepenit de durere, etc.)
- evaluarea stării emoționale a acestuia ("blocat" sau euforic dar mas-când anxietatea, teatral, agresiv, disimulant, etc.)
- trăsăturile dominante de personalitate obiectivate în comportament: anxioșii, timizii, impulsivii, agresivii, flegmaticii, depresivii-aceștia pot avea un sindrom depresiv pasager, introvertiții, etc.

Pentru medic au o mare importanță cel puțin 5 categorii de bolnavi (Luban Plozza și colab. 1996): dependenții, inhibații (timizii), agresivii, apaticii și psihastenicii (hiperscrupuloși). Pentru fiecare din aceste categorii se poate adopta un anume tip de comportament "de întâmpinare" și de relaționare ulterioară.

- modul de prezentare a simptomelor, impregnat de emoție (de ex. teatral, dramatizant la isterici sau, abătut, descurajat la depresivi) și eventual disproportionat față de severitatea tulburării (la nevrotici în general).

b) Evaluarea caracterului funcțional sau organic al acuzelor bolnavului

Chiar dacă adesea, se poate face la prima vedere, această evaluare implică responsabilitatea unui act medical complet efectuat (ex.obiectiv, investigații) la cea mai mică îndoială asupra naturii funcționale a simptomelor bolnavului (v. cazul unor boli grave al căror stres secundar generează simptome funcționale ce maschează severitatea și, mai ales, perspectivele evolutive ale acestor boli).

Natura tulburărilor funcționale se poate sistematiza astfel:

- Tulburări funcționale apărute în cadrul unui stres psihic acut sau cronic (acesta din urmă acompaniat de excесе-fumat, alcool, cafea, medicamente tranchilizante sau antialgice - ce pot, prin ele însele, induce tulburări funcționale.

□ Tulburări funcționale **somato-psihice** (deci tulburări psihice de cauză somatică) secundare unei boli ale cărei acuze subiective sau obiective sunt ignorate (ex. apneea pasageră nocturnă la bolnavii cu rinită și urmată în cursul zilei de somnolență și tulburări de concentrare a atenției și de memorie, prezentate de bolnav ca acuze de bază ale consultației solicitate).

□ Tulburări funcționale **coexistând cu tulburări organice ale bolii de bază** și apărute datorită stresului psihic secundar, produs de acesta din urmă (de ex. în cadrul apariției și conștientizării de către bolnav a unei HTA)

c) Analiza sistematizată a psihologiei bolnavului

Cunoașterea situației socio-familiale a bolnavului ca și a aspirațiilor sale intime (atenție la nevoile sale psihologice de "primă urgență" și pe termen lung.

Tabel 1 Abordarea bolnavului prin prisma concepției psihosomatice

1. Conduita de întâmplare anti-stres

- climat relaxare (înlăturarea factorilor perturbatori)
- asigurări (încurajări): verbale, non-verbale
- anamneză liberă, ulterior centrată pe simptome relevante

2. Este un pacient stresat?

- acut - stresul reprezintă chiar cauza consultației (consult „la cald”, centrat pe liniștirea pacientului)
- cronic - simptomele acuzate sunt expresia unui stres psihic cronic (consult obișnuit, consult „la rece”)

3. Evaluarea psihologică a bolnavului

A. Nivel intelectual și statut socio-economic**

B. Trăsături de personalitate afective dominante*: labil, anxios, depresiv/hipomaniacal, optimist-pesimist

C. Comportament/atitudini*

- a) Față de doctor: cooperant ± permeabil (la argumentele medicului)
- b) Față de profesie: tip A sau B
- c) Tip relațional: rigid/flexibil, obsesional, histrionic, schizoid

***A, B, C** = pe parcursul anamnezei

D. Schiță biografică + viață intimă**

1. comportament/atitudini:

- copilărie: fericită, obișnuită, traume marcante
- evenimente majore („life changes”)
- eșecuri în viața intimă (sentimentală, sexuală)
- internări (consulturi) pentru boli psihice

2. Nivel de aspirații și de posibilități (+ raportul între ele)

3. Sunt satisfăcute cele 3 nevoi psihologice (Linton) (afiliere, securitate pe termen lung, noutate)?

4. Domină motivele biologice sau sociale?

5. Viața sexuală (inclusiv calitatea ei).

E. Factori de risc psihocomportamentali:** fumat, alcool, sedentarism, supraalimentație, droguri

****D+E** = la sfârșitul anamnezei

4. Context existențial stresant

1. Actual: relevat direct de pacient sau desprins din refulul inserției familiale și profesionale stabilitate, conflicte

2. Antecedente (în ultimele 6 luni) sau momente relevante legate de îmbolnăviri

3. Ierarhizarea intervenției factorului psihic în declanșarea manifestărilor clinice subiective și obiective:

- exclusivă: - aparentă (locus minoris resistentiae) = forme psihogene-
- frecvența în antecedente?

- alternativ cu ceilalți factori specifici bolii

- sumativ (cel mai des).

4. Ponderea participării stresului psihic: minimă, moderată, importantă.

5. Rolul psihoterapiei + apelul la psiholog

- pentru problemele psihologice ale bolnavului

- pentru modificarea comportamentelor subiective, nocive pentru sănătate

- programe antistres

- terapii de relaxare

d) Relaționarea simptomatologiei (sau a unei părți din simptome) cu stresul psihic și ierarhizarea intervenției acestuia în contextul pluri etiologic al bolii

În legătură cu **apariția unor simptome ale BPS datorită stresului psihic** s-au prezentat criteriile de stabilire a etiologiei psihice (vezi Iamandescu 1993).

Referitor la **tulburările funcționale "sine materia"** se pot avea în vedere următoarele criterii de stabilire a etiologiei psihice a unor simptome (modificat după Luban Plozza și colab. 1996):

● autoobservațiile pacientului sau observațiile medicului privind concordanța dintre apariția simptomelor și evenimentele stresante (vezi metoda cronologică a lui Kourilsky);

● caracterul fluctuant al simptomelor;

● discrepanța dintre severitatea simptomelor și acuzele bolnavului;

● rezonanța psihică accentuată (adesea extrem de "zgomotoasă") a simptomelor acuzate;

● diagnosticul "ex non juvantibus" (lipsa efectelor terapeutice ale medicației somatice simptomatice);

● efectul favorabil al psihotropelor (inconștient) și psihoterapiei.

e) Inițierea unor elemente de psihoterapie de susținere

Se poate vorbi mai degrabă, de un "ajutor psihologic" (Huber) pe care medicul îl acordă bolnavului pe tot parcursul dialogului său cu bolnavul și care este concretizat prin atitudinea sa plină de înțelegere și de încurajare a bolnavului, inclusiv prin următoarele elemente:

- **formula "urechi mari și limbă scurtă"** (conform principiilor psihanalizei)

- **întrebări deschise sau sugestive** de tipul "ce vă face să aveți o viață grea?", "ce vă deranjează?" - pentru situații conflictuale, "ce vă lipsește?" - pentru carențe afective, pierderi.

- **explicații** referitoare la cauzele bolii, obiectivele tratamentului, evoluția bolii, mecanismul de acțiune al medicamentelor și posibilitatea apariției unor efecte secundare, modalitățile de înlăturare sau prevenire a unor factori cauzali sau triggeri și, mai ales, natura modului de viață pe care trebuie să îl adopte bolnavul.

Cea mai importantă contribuție de ordin psihoterapeutic a medicului somatician în cadrul relației sale cu pacientul este instituirea și promovarea așa-numitului "parteneriat pentru sănătate" bazat pe drepturile pacientului: dreptul la informarea totală asupra bolii sale și dreptul asupra propriilor sale decizii (de aderare totală sau parțială ori de refuz la tratamentul prescris de către medic)(Edith Rameckers).

Dincolo de aceste două elemente componente ale psihoterapiei simple de susținere, medicul somatician trebuie să aibă în vedere și **apelul la psiholog** în cadrul echipei de îngrijire a bolnavilor psihosomatici iar în ceea ce privește **relația sa cu psihiatrul** ea poate să înceapă, fie înainte de consultul psihologic-în cazul unei simptomatologii psihiatrice patente-, fie după ce însuși psihologul a decelat tulburări psihice care țin de resortul asistenței psihiatrice (de ex. depresia atipică).

În paragraful anterior figurează o serie de propuneri personale privind situațiile care impun participarea activă a psihologului în cadrul echipei de îngrijire a bolnavilor somatici.

3. Indicații și oportunități pentru participarea psihologului în cadrul echipei medicale de îngrijire a bolnavilor cu patologie somatică și psihosomatică

În afara participării, deja consacrate-alături de medicii psihiatri-în tratamentul bolilor psihice, psihologii pot dobândi o importantă poziție în cadrul echipei terapeutice din domeniul asistenței medicale a bolnavilor somatici (în special chirurgicali sau cu o patologie fortuită: boli infecțioase, arsuri, etc.) și, mai ales psihosomatici (cu boli de maximă frecvență și implicații în mortalitate: boala coronariană și/sau hipertensivă, diabetul zaharat, obezitatea, etc.).

Într-o succintă tentativă de circumscriere a indicațiilor și mai ales, a oportunităților (adesea sugerate de către medicul curant) pentru solicitarea

ajutorului psihologului, alături de medic și ceilalți membrii ai echipei terapeutice, considerăm următoarele:

1. Tulburările psihosomatice încă reversibile dar frecvent prezente la pacienții aflați sub efectele unui stres cronic.

2. Bolile psihosomatice, mai ales în afara puseelor, în care se încearcă modificarea unor comportamente nocive pentru sănătate (tipurile comportamentale A sau C, fumatul, sedentarismul, consumul de alcool în exces, supraalimentația, etc.).

3. Bolnavii cronici cu disconfort important psihic și somatic și/sau cu perspectiva agravării inexorabile, cu sau fără depresie secundară.

4. Bolnavii somatici cu probleme psihologice "stabile" sau conjuncturale, sesizabile chiar de către medicul curant.

5. Bolnavii chirurgicali cu probleme psihologice deosebite, implicate în anxietatea și/sau depresia anterioare actului operator sau în etapa postoperatorie de refacere și recuperare.

6. Bolnavii somatici având asociate tulburări psihice nesistematizate sau încadrabile nosografic în sindroame psihiatrice (acestea din urmă în colaborare cu psihiatrii care pot prelua cazul pentru un tratament axat prioritar pe psihotrope).

7. Instituirea în cadrul programului de reabilitare a unor forme de psihoterapie cu rol relaxant și de a crește rezistența bolnavului somatic față de stresul psihic (training autogen Schultz, antrenamentul psihosomatic Luban-Plozza) sau de modificare a unor comportamente cu rol de factori de risc.

8. Extinderea psihoterapiei asupra familiei bolnavului.

9. Atragerea în terapia de grup a unor bolnavi cu aceleași boli, inclusiv aceleași probleme legate de bolile respective, cu încurajarea împărtășirii experienței lor emoționale colegilor de suferință (vezi "cluburile de reumatici"-Stocksmeier).

10. Formarea unor centre pilot de asistență psihologică în echipă (mai mulți psihologi fiecare aplicând o anumită metodă psihoterapeutică) (Mihaela Minulescu), a bolnavilor psihosomatici, cu diminuarea corespunzătoare a nevoii de medicamente a acestora.

Bibliografie:

1. Buddenberg C., Willi J. *Psychosoziale Medizin*. Springer Berlin, Heidelberg. 1998.
2. Huber W. *Psihoterapiile. Terapia potrivită fiecărui pacient. Știință și tehnică*, București, 1997.
3. Iamandescu I.B. *Psihologie medicală*, ed. II, Ed. Infomedica, București 1997.
4. Kourilsky R. *Les mecanismes psychophysiologiques dans l'asthme*. Bordeaux médical, 1969, 1120-1126.
5. Luban Plozza B., Laederach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. *Der Arzt als Arznei*, Deutche Artze Verlag, Köln, 1996.
6. Rameckers Edith. *Patient improvement - a threat or a help?*. EFA-Symposium at ICACI 94 Conference, Stockholm, June, 29th 1994.
7. Van Es J. C. *Medicul de familie și pacientul său*. Libra, București, 1997.

B. ALGORITM DE ABORDARE A BOLNAVILOR PSIHOSOMATICI

Ovidiu Popa-Velea

Practica medicală demonstrează adesea nu numai clasicul adagio "nu există boli, ci bolnavi", ci și o îngrijorătoare deficiență în "abordarea psihosomatică" a unor cazuri cu etiopatogenie multiplă, intricată.

Între cauzele de care depinde un parametru esențial al relației inter-personale medic-pacient (nivelul complianței), - calitatea comunicării rămâne un factor constant și mai ales controlabil de către medic.

Factori ce produc scăderea complianței terapeutice
(Iamandescu, 1995)

- Nivelul scăzut al disconfortului produs de boală
- Tendința unor bolnavi de a nega boala
- Complexitatea excesivă a regimului terapeutic
- Tratamentul este perceput ca stânjenitor sau umilitor
- Factori externi (exigențele profesiei, presiunile anturajului) ce vin în contradicție cu desfășurarea terapiei
- Evaziunea în cadrul bolii (pacientul beneficiază de avantaje de pe urma stării de boală)
- Efecte adverse ale medicației
- O comunicare deficitară medic-pacient

Momentul de început, cel anamnestic, are de regulă o importanță particulară în economia desfășurării relației terapeutice. În cele ce urmează dorim a încerca creionarea - în linii mari - a unor pași obligatorii de făcut, pași de natură a optimiza atât eficiența actului medical, cât și calitatea relației medic-pacient.

Interviul clinic (discuția inițială cu pacientul) implică asocierea unor multiple elemente cu vocație comunicatională, împletirea unor aspecte ce țin de centrarea pe pacient (și simptomele acestuia), cu altele ce țin de medic (în special în partea finală a consultației, când medicul preia de regulă poziția dominantă, conduce interviul, explică, recomandă).

1. CADRUL AMBIENTAL, ÎNȚIEREA COMUNICĂRII

În special la prima întâlnire medic-pacient, atmosfera, locul consultației pot juca un rol determinant. Ele pot permite

PASUL 1

afirmarea identității celor doi (prevenind confuzia, amestecul rolurilor) și pot pune bazele unei relații de lungă durată.

Pentru crearea unei stări de confort și relaxare se pot utiliza tehnici verbale și non-verbale, precum formule ca "bun venit în clinica noastră", etc., dublate de o strângere de mână sinceră, cordială (nu traumatizantă, sau, din contră nesigură, ezitantă).

Gesturile de deschidere, atitudinea prietenoasă sinceră (nu contrafăcută, "profesională") favorizează comunicarea.

Desfășurarea consultației trebuie să nu se facă sub semnul improvizației: pe culoar, în lift, gata de urcarea în mașină, etc.

Cabinetul medical, loc predestinat acestei întâlniri inițiale, joacă un rol suplimentar în clarificarea inițială de roluri.

Medicul trebuie să-și asume identitatea, evitând extremele: nu se recomandă ca fiind "asistent dr. X, doctor în medicină", dar nici ca fiind un oarecare "X", cea mai rezonabilă soluție fiind utilizarea simplă a titulaturii de "doctor" ("Sunt dr. X"), iar pentru studenții la medicină, formule de genul "sunt stud. Y, și fac parte din echipa care va avea grijă de dvs., pe parcursul șederii la noi".

Folosirea numelui pacientului este recomandabilă la întâlnirea inițială, putându-se trece la folosirea prenumelui atunci când relația s-a mai consolidat sau când pacientul solicită explicit acest lucru.

Dacă pacientul are un nume greu de pronunțat, medicul poate întreba care este pronunția corectă.

În general, pentru folosirea unui anumit apelativ (în special a prenumelui) se cere consimțământul pacientului.

A ține seama de sentimentele pacientului presupune și ca desfășurarea consultației să se desfășoare într-un moment convenabil pentru pacient (după ce rudele sale au plecat, după ce a luat masa, după somnul de după-amiază, sau în general, atunci când un simptom neplăcut (ex. greață) este pe moment absent). Desigur, această regulă nu se aplică în situațiile de urgență, sau atunci când simptomul este presant, pacientul (anxios) dorește întâlnirea imediată cu un medic, etc.

Respectarea intimității se concretizează și în excluderea "musafirilor nepoștiți" (a unui alt pacient, sau a unei asistente curioase, etc.).

În cabinet, medicul nu trebuie să abuzeze de factori de natură a-i crește artificial (până la ridicol) prestigiul: abundență de diplome, telefonul care sună neîncetat, scaunul rotativ (cu mai multe grade de libertate decât cel al pacientului, etc.). Fără a se autodeprecia, și mergând pe principiul "există o măsură în toate", medicul poate doza, cu bun gust, elementele care țin de decor.

1. Formule de întâmpinare

2. Formule de adresare

3. Asigurarea intimității și confortului pacientului

4. Înlăturarea barierelor de comunicare

De altfel, o bună parte din pacienți vin la medic deja pregătiți pentru a-i urma indicațiile ("sugestie de prestigiu"), astfel încât nu este necesară plusarea cu elemente nelalocul lor.

O precauție importantă se impune în cazul cabinetelor de psihoterapie (psihanaliză), în care cadrul, deși prietenos, este necesar a fi oarecum auster, pentru a nu influența în chip determinant ideea pacientului, planșele (eventual conținând teste psihologice) nu sunt la vedere (pot compromite evaluarea ulterioară), plasarea mobilierului se face ca pentru o ședință de lucru (cei doi, medicul și pacientul colaborează, sunt aliați, în rezolvarea unei probleme, care "se întâmplă să fie cea a pacientului").

În ședințele de psihoterapie de grup, cea mai eficientă grupare a pacienților se face în așa fel încât să nu se evidențieze în mod necesar un lider (în nici un caz terapeutul).

Acesta rămâne simplu membru al grupului, și în procesul psihoterapeutic intervine doar atunci când este neapărat necesar.

Asigurarea confortului pacientului, dincolo de aspectele de ambient, implică și intrarea într-o manieră delicată, plină de tact - în miezul problemei, întreținerea unei conversații "ușoare", până ce pacientul este pregătit să se confeseze.

2. AGENDA DE PROBLEME

Odată clarificate rolurile celor doi, este utilă stabilirea unei liste de obiective, și un timp alocat acestora. Aceasta previne atât explicațiile nerealiste (din ambele părți), dar contribuie și la conturarea unui grafic eficient de acțiuni comune.

În principal, în această etapă medicul aduce la cunoștința pacientului timpul de care dispune, îl pune la curent cu modalitatea de lucru, obține o enumerare a problemelor ce vor fi discutate cu pacientul, rezumă și chiar negociază unele aspecte de detaliu (ex. unele probleme pot fi, într-o primă instanță, amânate).

Această etapă nu este atât de ușor de îndeplinit, pe cât pare la prima vedere. Uneori din grabă, alteori din dorința de a părea veșnic disponibil pentru pacient, poate fi neglijată clarificarea agendei de lucru, și aceasta induce anumite blocaje ulterioare (de ex., pacientul nu înțelege de ce i se pun anumite întrebări, sau de ce anumite probleme, pe care el le consideră presante, nu fac obiectul interesului medicului).

De aceea, este util a afla în primul rând ce este important pentru pacient, chiar dacă lucrul respectiv poate să nu fie, în mod necesar și o problemă demnă de atenție pentru medic.

În această etapă, medicul nu intră în detalii nesemnificative. El doar clarifică problemele, le enunță pacientului, îi asigură că va reveni în detaliu asupra lor.

5. Delimitarea rolurilor

PASUL 2

1. precizarea duratei interviului
2. precizarea modalității de lucru

3. clarificarea listei de probleme ale pacientului

De la această regulă face excepție notabilă situația în care o anumită problemă (simptom) are o semnificativă încărcătură emoțională. În acest caz, descărcarea emoțională a pacientului este mai importantă decât respectarea "ad litteram" (rigidă) a algoritmului, și este permisă intrarea în anumite amănunte, relevante pentru pacient, legate de simptom.

În ansamblu, pasul 2 permite, dincolo de negocierea modalității de lucru și clarificarea primară a problemelor, inițierea unei veritabile relații de parteneriat între medic și pacient.

3. INTERVIUL PROPRIU-ZIS

A) *necentrat pe problemă, "deschis"*

În preambulul interviului propriu-zis, se preferă întrebările "deschise" (care îl provoacă pe pacient să se exprime liber), și nu neapărat legate de problema nr. 1 a sa. Se preferă încurajările non-verbale (persistența contactului ocular, ecoul postural, gesturi de evaluare-decizie și interes), pentru a îl stimula pe pacient să continue, dar se pot folosi și mesaje verbale de tipul rezumării într-o frază concisă a spuselor pacientului (aceasta îi permite celui aflat în suferință a avea un adevărat feed-back al mesajului receptat (și eventual înțeles) de medic, clarificărilor ("ce vreți să spuneți?"), ecoului (se repetă, în altă formă, afirmațiile pacientului), încurajărilor mărunte ("Interesant", "Continuați").

În această etapă, chiar dacă medicul adoptă o atitudine relativ pasivă, există o serie întreagă de elemente, care țin de pacient, ce pot furniza informații utile: elemente ce țin de fațes, habitus, culoarea pielii și părului, diformități, temperatură (de ex., la simpla strângere a mâinii), mobilitatea pupilară (crescută, cu tendință la midriază - la un pacient excitat emoțional), accesoriile (ochelari, machiaj, vestimentație, bijuterii), modul de organizare a ambientului (la un bolnav internat), etc.

B) *focalizat*

Seiau în discuție problemele principale de sănătate ale bolnavului, preferându-se folosirea de întrebări "închise", mult mai precis direcționate, în cadrul unei atitudini generale a medicului mai participativă.

Această etapă implică mai multe subetape:

- obținerea unei descrieri din partea pacientului a simptomelor principale (continuă etapa 3A);
- plasarea simptomelor în contextul mai larg al bolii pacientului (Adesea neglijată, această subetapă poate facilita înțelegerea bolii de către medic, chiar dacă în aparență are mai puțină valoare diagnostică. Se investighează inclusiv aspecte legate de dinamica relațiilor familiale/profesionale, funcție de boală, prezența/evoluția diverșilor factori psihocomportamentali de risc (fumat, alcool), cu implicații ulterioare în evoluția bolii, etc.);

4. finalizarea
agendei de
lucru;
negocierea
unor
aspecte de
detaliu sau
de prioritate

PASUL 3

1. Interviu

deschis:

- relaxarea
pacientului;
- descrierea
simptomelor
de către
pacient (liber);
- ± descărcarea
emoțională a
pacientului

2. Interviu

focalizat:

- descriere
suplimentară
simptome
(controlată);
- plasarea lor în
contextul
general al
bolii;
- testarea
implicării
emoționale a
pacientului

- testarea implicării emoționale a pacientului (dacă nu a apărut ca fiind deja evidentă în etapa 2): se face într-o manieră indirectă sau directă, funcție de disponibilitățile de expresie ale acestuia (de ex. se poate folosi "autodezvăluirea" ("și medicul a trăit cândva o situație similară") sau din contră, o întrebare directă, chiar provocatoare ("cum vă simțiți în legătură cu asta (acest simptom) ?").

Odată expresia emoțională a pacientului verbalizată (măcar în parte), este necesar ca medicul să respecte câteva reguli, denumite sugestiv de Robert C. Smith (1996) - **NURS** (Naming Understanding, Respecting, Supporting). Această ar însemna, în ordine: a) recunoașterea emoției și precizarea numelui ei; b) străduința medicului de a arăta pacientului faptul că o înțelege; c) că o respectă; d) că este disponibil de a acorda ajutorul, în orice formă posibilă.

Fragment de interviu desfășurat, respectând NURS la o pacientă la care simptomele (durerile de cap) sunt asociate cu relații deteriorate cu șeful ierarhic (după R. C. Smith, 1996):

(...)Dr.: Povestești-mi despre șeful dvs. (medicul încurajează pacienta în direcția discutării unei probleme personale aparent importante)

P: Ei bine, a lipsit pentru mai mult timp și eu l-am înlocuit în aproape toate sarcinile de serviciu. A rămas șef doar cu numele. Se plânge de toată lumea. Nimeni nu îl place, și nici nu face mare lucru. De asta m-au și adus acolo. Consiliul de Administrație, ca să redrezeze cumva situația. Durerile de cap au început chiar atunci. (Evident, pacienta pune în legătură simptomele cu situația sa profesională; în plus, oferă liber anumite informații suplimentare, ce-l vor ajuta pe medic să înțeleagă mai bine această legătură).

Dr.: Stați puțin! Spuneți că este în funcție, dar de fapt dumneavoastră conduceți? (Medicul rezumă, din dorința de a reconcentra atenția pacientei asupra situației, și nu asupra simptomelor, ce au fost deja descrise într-un timp anterior).

P: Întocmai. Cine știe cât va dura asta... Numai de-aș rezista! (Pacienta revine la tonul personal, permițând precizarea unor nuanțe foarte utile pentru medic).

Dr.: Să rezistați? (Ecou care va menține discuția în aceeași arie, provocând-o pe pacientă să continue).

P: Nu știu cât voi putea să mai suport. Spuneau că n-o să am nici o problemă cu el, și că o să fie cooperant. De fapt, la început l-am plăcut, dar mai apoi...

Dr.: "Spuneau"? Cine spuneau? (Întreruperea are menirea de a clarifica spuselor pacientei)

P: Consiliul, el conduce de fapt compania. Poziția mea nu e mare lucru, dar la vârsta mea funcția care mi s-a oferit reprezintă o șansă bună de a mai acumula experiență, și

de a lucra într-o firmă de prestigiu. (Pacienta furnizează o altă sumă de date ce pot ajuta la înțelegerea mai bună a contextului).

Dr.: Se pare, Consiliul v-a spus ceva la început, și mai apoi v-a lăsat singură cu problema pe cap. (Medicul rezumă spusele pacientei, pregătindu-se să treacă la etapa următoare).

P: Da, destul de urât din partea lor, nu-i așa?

Dr.: Cum vă simțiți în legătură cu asta? (Testare directă a implicării emoționale).

P: Oh, nu știu. Eu am probleme cu capul.

Dr.: Bine, dar cum vă simțiți personal, afectiv, emoțional? (Retestare directă, monitorizând permanent reacția pacientei).

P: Oh, nu mă deranjează prea mult. Am fost învățată să întorc și celălalt obraz.

Dr.: Știți, un fost șef de-al meu obișnuia să se poarte cam în același fel cu mine. Mi-a trebuit ceva timp să-mi dau seama cât de tare mă deranja de fapt comportamentul lui (Schimbare de strategie, cu "autodezvăluire"; pentru a fi eficientă, trebuie să fie scurtă și precisă).

P: Ei bine, cred că și eu sunt cam în aceeași situație.

Dr.: Ce simțiți?

P: Îmi vine să arunc cu ceva în el. Mă înfurie atât de tare! Nu i-am făcut nimic rău. Muncesc cu adevărat mult, iar lucrurile au început să meargă mai bine, de când sunt acolo. Atunci când mă înfurii, apar și durerile de cap. Uneori am și greață, și mi se pune o ceață pe ochi. (Pacienta face acum o legătură mai precisă între durerile de cap, situația stresantă și o anume stare emoțională).

Dr.: Deci în principal simțiți furie. (Naming).

P: Da, mă înfurii cu adevărat. Uneori mă enervez atât de tare, că-mi vine să urlu. (Strânge pumnii).

Dr.: E normal. Se pare că ați încercat atât de mult să ajutați, și aveți parte doar de neazuri. E de apreciat că puteți vorbi atât de deschis despre aceste lucruri. (Understanding, Respecting).

P: Și acum, când vorbesc despre toate astea, simt că mă înfurii. Parcă mă doare deja capul. (Încă o dată apare evidentă relația de cauzalitate, chiar condiționare, între situație și simptom).

Dr.: Pot să-mi imaginez. Ați trecut prin multe în ultima vreme. (Understanding, Respecting).

P: Știți, de fapt sunt mai supărată pe nenorocitul acela de Consiliu, decât pe el. Nu mi-au spus nimic despre asta, din contră, mi-au spus că totul e în regulă. (Ca urmare a tehnicilor adecvate de interviu, pacienta prezintă acum din proprie inițiativă elemente cu valoare emoțională care întregesc tabloul inițial). (...)

- rezumat preliminar

PASUL 4

De cele mai multe ori, exprimarea de către medic, în plan comportamental, a celor 4 reguli NURS se face selectiv, neintruziv, în caz contrar putându-se contura în mintea pacientului ideea de manipulare sau de amestec în viața privată. Dintre greșelile cele mai frecvente, pot fi menționate, pentru importanța lor, tendința unor medici de a "sări" etapele, exprimând de ex., simpatie și înțelegere față de o situație de viață pe care nici nu au ascultat-o până la capăt (!), sau a altora - de a amâna la nesfârșit atingerea aspectelor emoționale, motivând aceasta prin faptul că nu au calitățile necesare, pentru desfășurarea într-o manieră mai personală, mai apropiată de bolnav, a interviului.

Realitatea este că aceste calități, dacă există, se pot dezvolta numai prin antrenament, și prin observarea beneficiului pentru pacient, a descărcării sale emoționale. Nu în ultimul rând, investigarea statusului emoțional al pacientului, legat de boala sa, constituie o etapă preliminară obligatorie în instituirea oricărei forme de psihoterapie (pe termen scurt, cel mai reprezentativ caz este al psihoterapiei suportive).

Înainte de trecerea la faza anamnezei "centrată pe medic" (în care desfășurarea interviului, distribuția de roluri sunt mult mai bine controlate de acesta), se face un scurt rezumat preliminar al celor aflate, se verifică acuratețea datelor, se previne interlocutorul asupra schimbării de registru.

4. OBTINEREA DE DATE PRECISE, CONCRETE ASUPRA FIECĂRUI SIMPTOM

În această fază, pornindu-se și de la relaxarea emoțională indusă prin descărcarea unei părți din tensiunea interioară a pacientului, se trece la analiza de detaliu, profesională, a fiecărui simptom, în ordinea de priorități aleasă de comun acord cu pacientul, în etapa 2. Se investighează, mai ales prin întrebări închise, o serie întreagă de simptome somatice, care, în contextul dat, se pot încadra în categoriile de tulburări/boli psihosomatice.

Tulburări fiziopatologice declanșate de stimuli psihici (după Iamandescu, 1995)

1. Respiratorii:

- blocaj nazal sau salve de strănuturi
- crize de tuse, dispnee ± wheezing (astm)
- hiperventilație - crize tetaniforme

2. Cardiovasculare:

- tahicardie "emoțională" ± accese de tahicardie paroxistică

- creșteri tranzitorii ale TA, ocazionate de stimuli psihici
- hipotensiune arterială ± stări lipotimice
- crize anginoase
- tulburări de ritm (extrasistole supraventriculare și ventriculare)
- spasme coronariene "funcționale" (sindrom Likoff)

3. Digestive:

- cardiospasm, pilorospasm
- hipersecreție
- tulburări de tranzit (constipație, diaree)
- diskinezii (esofagiene, biliare)

4. Urogenitale:

- disurie, poliurie, oligurie
- tulburări de dinamică sexuală

5. Endocrino-metabolice:

- anorexie, bulimie
- diabet zaharat (latent/manifest)
- obezitate

6. Dermatologice:

- tulburări vasomotorii (eritem, paloare)
- erupție urticariană sau angioedem
- prurit (apariție sau accentuare)
- flush

7. Imunologice:

- scăderea numărului de limfocite T imunocompetente (scăderea numărului și activității celulelor NK)
- scăderea IgA secretor
- lazy leukocyte syndrome
- vulnerabilitate crescută la boli infecțioase și/sau oncogeneză

Întrebările "închise", mult mai abundente acum, vizează aspecte precum: debutul simptomului (la ce dată, brusc/treptat), condiții de apariție/ameliorare/ agravare, caracteristicile simptomului (loc de apariție, intensitate (eventual pe o scară de la 1 la 10), mobilitate, situație corporală (în suprafață/profunzime), senzație subiectivă (durere, arsură, înțepătură, etc.), durată, frecvență, evoluție în timp, concomitența altor simptome, gradul de invaliditate/disabilitate asociate, etc.

Cei 7 descriptori ai simptomului (R. C. Smith, după Morgan W.L., Engel C. L., 1969 și Billings A. J., Stoeckle J.D., 1989)

1. localizare și întindere:

- precisă/imprecisă
- specifică/difuză
- profundă/superficială

1. Caracteristicile simptomului (localizare/iradiere), calitate,

2. calitate:

- folosirea de termeni uzuali
- folosirea de termeni neobișnuiți

3. cantitate:

- tipul debutului
- intensitate/severitate
- grad de invaliditate/handicap
- descriere numerică:
 - număr de evenimente
 - amplitudine
 - volum

4. cronologie:

- debutul (data debutului)
- durata simptomului
- frecvență

5. condiții asociate:

- pentru agravare
- pentru ameliorare

*6. context de apariție (la lucru, acasă, la școală, etc.)**7. alte simptome asociate.*

Beneficiul întrebărilor "închise" (abundența de informații utile pentru medic) nu trebuie să excludă eventualele "ruperi de ritm", în care pacientul poate adăuga unele comentarii, semnificative din punctul său de vedere.

De asemenea, remarcile suportive ale medicului, făcute periodic, atmosfera generală de înțelegere și căldură emoțională pot "umaniza" o astfel de fază a interviului, care, în alte condiții, ar fi susceptibilă de a polariza relația medic-pacient (până la aceea ca medicul să joace rolul dominant, iar pacientul să se cantoneze într-o perpetuă și precaută defensivă).

În formularea întrebărilor (mai ales a celor închise), trebuie să se țină seama și de o serie de exigențe suplimentare:

- a se porni de la general spre particular (ex. de la un sistem/aparat, spre o anumită arie somatică, și nu invers);
- a se folosi întrebări precise, nu confuze sau excesive prin complexitate/întindere (contraexemplu: "Ați avut vreodată dureri de cap, amnezie, pierderea temporară a vederii sau leșin?");
- a se evita întrebările ce pot sugera răspunsul (de tipul "Nu-i așa că...?" sau cele mai subtile, care favorizează (nu neapărat impun) un anumit răspuns (ex. "A fost mai întâi febra; sau frisonul?") (recomandată: "Ce a fost mai întâi, febra sau frisonul?");
- a nu se interpreta neselectiv spusele pacientului (unii pacienți vin cu diagnostice prefabricate, rod al propriilor interpretări);

**cantitate,
cronologie,
condiții
asociate,
context de
apariție,
alte simpto-
me)**

**2. Deplasarea
centrului
de greutate
al interviu-
lui spre
medic**

**3. Tehnica
formulării
întrebărilor
(mai ales a
celor
închise)**

- a nu se interpreta datele cu voce tare, pe parcursul recoltării lor ("Ar putea fi apendicită. Ați avut cumva și greață?");
- a se acorda atenție tuturor simptomelor evocate de pacient, într-o manieră echilibrată (și nu doar problemei nr.1 a acestuia);
- a nu se formula întrebări care vizează aspecte tehnice, inaccesibile pacientului ("Ce v-au găsit la ecografie?");
- a nu abdica de la empatie și de la necesarul tact și bun simț, nici pe parcursul acestui gen de întrebări (cel mai simplu este a ne întreba "Oare ce simte pacientul, chiar în acest moment?").

O anamneză inteligent condusă poate crea în această fază premisele pentru un diagnostic fidel, și pentru un tratament eficient. O regulă de bază o constituie aceea de a ține seama, în timpul interviului de răspunsurile primite, și de a modula fluxul întrebărilor funcție de acestea (a se investiga, de exemplu, până la capăt "răspântiile" în care un simptom poate avea relevanță pentru mai multe boli (diagnostic diferențial), sau a se ține seama nu numai de prezența, dar și de absența unui (șir de) simptom(e), etc.

În context psihosomatic, problema simptomului capătă relevanță și prin necesara delimitare între simptom veritabil (de precizat etiologia exclusiv/alternativ/sumativ psihogenă), și pseudosimptom (expresie de ex., a conversiei isterice).

Investigând în maniera amintită aspectele enunțate, dar și manifestarea simptomului, chiar pe parcursul interviului (ex. dispneea/falsa dispnee, durerea/falsa durere) - aceste diferențe pot fi sesizate.

În ansamblu, apare mai ales necesară stabilirea unei relații logice între psihic și somatic, cu precizarea fină a secvențelor temporale și a dominantelor psihice sau somatice, adiacente lor.

De exemplu, depresia primară este susceptibilă de a genera un grad de imunodepresie (inclusiv prin asocierea unor factori psihocomportamentali de risc (fumat, consum de alcool, etc.)), dar și direct, fapt ce poate genera o boală/tulburare somatică (vorbim în acest caz de o boală/tulburare psihosomatică); aceasta, la rândul ei, poate genera o reacție secundară (de tip tulburare somatopsihică), aptă de a agrava situația inițială.

Jocul psihic-somatic-psihic, agravarea prin feedback pozitiv a unor simptome psihice și/sau somatice în cadrul mai general al afecțiunilor psihosomatice apar drept extrem de tipice, iar elucidarea, în măsura posibilului, a acestor aspecte, în această etapă, apare drept extrem de importantă.

4. Distincția simptom-pseudosimptom (cenestopatii, conversiune isterică, etc.)

5. Ipoteze cu privire la relația psihic-somatic

6. Formularea unui model etiopatogenic specific cazului respectiv

5. PROBLEME LEGATE DE SANOGENEZĂ (STIL DE VIAȚĂ, ATITUDINI FAȚA DE BOALĂ)

Adesea neglijate, aceste elemente își pun amprenta asupra bolii, putând avea un rol fundamental în etiopatogenie (a opera asupra lor echivalează cu o profilaxie primară). Dar și dacă boala s-a declanșat, cunoașterea lor nu este derizorie, în măsura în care medicul poate tenta profilaxia recăderilor/recidivelor (profilaxie secundară).

Interviul clinic trebuie să stabilească existența anumitor practici (obiceiuri, vicii) cu rol potențial dăunător asupra demersului terapeutic; să clarifice modul în care pacientul își verifică (dacă o face) sănătatea, și raportul pe care îl are în general cu instituția medicală; să evedențieze existența practicilor terapeutice alternative, sau apelul simultan la medicina alopată și neconvențională; să precizeze (chiar printr-o întrebare deschisă, simplă, de genul: "Spuneți-mi ce faceți în general pentru a vă menține sănătatea") existența conduitelor prosanogenetice; să aducă informații utile, mai ales în perspectiva unui tratament de lungă durată, despre gradul în care pacientul ar respecta (și cum ar respecta) indicațiile terapeutice.

6. ANTECEDENTE

Deși unele date care țin de antecedentele semnificative în contextul bolii pot fi obținute încă din etapele precedente, alocarea unui timp special pentru clarificarea tuturor antecedentelor (fiziologice, patologice, heredo-colaterale) ale bolnavului este în continuare, o etapă indispensabilă. Unele puncte trebuie neapărat atinse, și notate în foaia de observație:

- spitalizări (tipul de internare: pentru o problemă acută/cronică, chirurgicală (inclusiv obstetricală)/nu, pentru recuperare, etc.); îmbolnăviri, accidente, incidente, proceduri terapeutice (inclusiv psihoterapie);
- boli semnificative ca: afecțiuni cardiovasculare, ulcer, reumatism, TBC, cancer, hipertensiune arterială, diabet zaharat, etc., eventual amănunte legate de evoluție, tratamente urmate, controale (mai ales în ultimul an);
- însușirea sau renunțarea la unii factori psihocomportamentali de risc (consumul de alcool, fumat, etc.) și motivele acestei decizii;
- alergii și reacții toxice la medicamente (inclusiv în cadrul tentativelor de sinucidere);
- medicamente "anodine", "de uz curent" gen anticoncepționale, vitamine, tonice, antialgice, tranchilizante minore (± dependența fizică/psihică de acestea);
- (pentru femei): menarha, durata ciclului menstrual, tulburări legate de acesta, nr. de sarcini, de avorturi spontane/provocate, evoluția eventualelor sarcini.

PASUL 5

1. conduite sanogenetice cu vocație de profilaxie:
 - primară;
 - secundară.
2. raportul cu instituția medicală;
3. poziția față de medicina tradițională/alternativă;
4. apelul la medicina tradițională/alternativă;
5. evaluarea estimativă a complianței terapeutice.

PASUL 6

1. clarificarea antecedentelor semnificative (fiziologice, patologice, heredo-colaterale)
2. analiza calitativă a antecedentelor (spitalizări, tratamente, reacții alergice/toxice, accidente, proceduri terapeutice)

În context psihosomatic, în această etapă putem obține acele "verigi lipsă" care umplu golul de informație necesar pentru a contura un model etiopatogenic viabil al bolii. Se insistă asupra factorului psihic (dacă el există) în geneza anumitor boli din trecut sau în motivarea anumitor comportamente (ex. evitarea prezentării la medic, administrarea de anticoncepționale).

Deoarece cercul vicios de tipul factor etiologic psihic ($\pm$ alți triggeri) $\rightarrow$ boală psihosomatică $\rightarrow$ agravarea simptomului psihic ($\pm$ apariția altor simptome noi) se constituie în timp, în etapa 6 putem afla o serie întreagă de evenimente/circumstanțe din trecut care pledează pentru boala psihosomatică actuală, și oferă și explicații pentru aceasta.

7. RELĂȚII SOCIALE ȘI FAMILIALE ALE PACIENTULUI. SUPTOR SOCIAL

În evoluția diferitelor tulburări/boli psihosomatice, această dimensiune poate avea o dublă importanță:

- poate crea climatul propice pentru apariția lor (intră în categoria factorilor pe care îi denumim generic "mediu", și îi opunem, nu întotdeauna justificat, la dimensiunea genetică, ereditară);
- poate permanentiza evoluția acestor entități nosologice, prin fenomene ca lipsa de suport social, presiuni în sensul reducerii complianței terapeutice, susținerii anumitor factori psihocomportamentali de risc pentru pacient, etc.

a) În ce privește relațiile pacientului cu microgrupul familial, dincolo de investigarea prezenței anumitor boli, cu determinism genetic important sau cu risc mare de transmitere (ex. boli cardiovasculare, diabet, cancer, TBC, astm bronșic, unele boli psihice, în special psihoze), și de încercarea de a structura un arbore genealogic, medicul trebuie să se concentreze asupra anumitor variabile de ordin psihologic, importante în acest context:

- structura interacțiunilor familiale (competiție, coeziune, dependență, conflicte, etc.);
- climat familial (dominat de afecțiune, ostilitate, indifferență, ș.a.);
- existența/absența suportului social (de tip material, informațional, afectiv) (cf. Iamandescu, 1995);
- raportul membrilor familiei cu boala pacientului, odată apărută (sprijin, marginalizare, sancționare);
- presiuni în direcția creșterii/scăderii complianței terapeutice.

În decursul anamnezei, ponderea acordată investigării acestor aspecte variază, funcție și de stilul cognitiv și de tipul de coping predominant al pacientului. De exemplu, se poate presupune că pacienții cu loc de control intern (care afirmă și cred că "stă în puterea lor" să facă față unei

neconvenționale etc.)

3. contribuții suplimentare la elaborarea modelului etiopatogenic

PASUL 7

1. context familial:

- boli cu transmitere ereditară;
- arbore genealogic;
- dinamica relațiilor intra-familiale;
- climat familial;
- suport social;
- raportul cu boala;
- contribuție diferențiată, funcție de tipul de boală, prognostic.

situații stresante ca boala) au un grad de autonomie mai mare în raport cu mediul familial, și anumite intervenții ale familiei pot fi percepute ca agresionante, agasante.

Invers, cei cu "loc de control extern", care tind în general să proiecteze în afară cauza suferinței lor, și să aștepte rezolvări, mai degrabă decât să le caute, vor fi mai susceptibili la intervenția factorului familial, și la dependența de familie.

În acest context particular, o intervenție neîndemânică din partea membrilor familiei poate avea consecințe importante.

Desigur, se poate pune problema mecanismului de reîntărire pozitivă/negativă, care poate crea/diminua dependența de familie. Sesizarea acestor feedback-uri pozitive trebuie exploatată inteligent de către medic, în sensul favorizării unei tendințe sau alteia, în raport și de tipul de boală a pacientului și de prognosticul acesteia (ex. la un alcoolic cirotic, un relativ control din partea familiei (chiar dacă perceput ca dependență de către bolnav) poate fi benefic pentru evoluția bolii, evident dacă bolnavul nu provine dintr-o familie de alcoolici; în caz contrar, medicul va favoriza, atât cât este posibil, tendințele spre autonomie ale pacientului, va întări relația transferențială, etc.).

Judecarea fiecărui caz este nuanțată, punându-se în balanță toți acești factori, urmărindu-se beneficiul pe termen lung al pacientului. În general, folosirea familiei ca aliat terapeutic constituie un factor important în restabilire, și-l poate degreva pe medic de o serie întreagă de responsabilități suplimentare.

b) Dinamica relațiilor sociale poate fi importantă în etiopatogenia anumitor boli (cu o mențiune specială pentru cele la care anumiți factori psihocomportamentali de risc au o contribuție importantă). Grupul de apartenență, anturajul pacientului pot favoriza (sau nu) comportamente de tip regresiv, pot să aibă influențe divergente asupra complianței terapeutice, pot fi responsabile de o parte din recăderi/recidive (un ex. sugestiv - bolnavul toxicoman).

În strânsă relație cu problematica relațiilor sociale, indicii de calitate a vieții oferă o imagine asupra inserției individului la nivel micro- și macrogrup, cât și asupra confortului său biologic și psihologic.

Deși concentrarea asupra acestor elemente poate părea prezumțioasă la primul contact cu bolnavul, ea trebuie să rămână o preocupare a medicului. Fie sub forma unui chestionar scurt, de 10-12 întrebări, fie sub forma unor întrebări deschise, formulate în așa fel încât să favorizeze destăinuirile pacientului, atingerea acestor aspecte (incluzând aici și nivelul de trai, venitul, raportul aspirațiilor/posibilități, ierarhia motivațională, gradul de satisfacere a nevoilor psihologice fundamentale (securitate emoțională, afiliere, noutate) apare drept extrem de necesară, cu atât

stilul cognitiv al pacientului;

- obiectiv general: familia, ca aliat terapeutic

2. context social:

- grupul de apartenență, anturaj;
- calitatea vieții (venit, raport aspirațiilor/posibilități, ierarhie motivațională etc.);

mai mult cu cât o întreagă strategie terapeutică poate fi astfel pusă în mișcare (sau anulată).

Relevant rămâne de ex., cazul tipului psihocomportamental A, în general dornic de vindecare, dar puțin dispus la restructurarea comportamentală (mai ales în ce privește modularea raporturilor cu ceilalți în direcția unei toleranțe și flexibilități crescute, și scăderii ostilității), ca și cazul tipului C, predispus la reprimarea sentimentelor negative (agresivitate, nemulțumire, frustrare) față de ceilalți.

Dinamica relațiilor sociale poate fi (și este cel mai adesea) supusă factorilor de presiune (normare) culturală, anumite obiceiuri, atitudini în legătură cu boala (inclusiv explicații asupra originii și prognosticului ei) căpătând semnificații particulare, în anumite areale culturale, și fiind total ignorate în altele. Acesta este încă un determinant de care medicul trebuie să țină seama, în evaluarea bolii prin grila perspectivei psihosomatie.

8. DIAGNOSTICUL PSIHOLÓGIC/PSIHOSOMATIC

Scopul final al acestui algoritm îl constituie precizarea diagnosticului, într-o viziune mai largă, sincretică, psihosomatic. Datele culese până în această etapă pot fi acoperitoare, în măsura în care fiecare pas este parcurs cu responsabilitate și cu nuanțarea necesară.

O situație specială o reprezintă aceea în care bolnavul prezintă tulburări de comportament ce nu pot fi puse strict în legătură cu simptomele bolii somatice. Dincolo de inerenta anxietate, sau de depresie, uneori regresie în cadrul bolii, pot fi decelate uneori semnele unei afecțiuni psihice patente sau unei tulburări de personalitate care reclamă o prudență sporită în evaluare și în demersul terapeutic. Tipurile de personalitate dizarmonică paranoid, isteric, psihastenic, schizoid, impulsiv, pot ridica probleme atât în vindecarea propriei afecțiuni, cât și la nivel de comunitate spitalicească, sau de mediu social în general. Complanța acestor bolnavi este nu în puține cazuri deficitară, susținerea terapiei dificilă, de aceea se recomandă tehnici speciale, particulare, de abordare în cadrul modelului general descris, ca de exemplu gratificarea dorinței de dezirabilitate la isteric, căutarea, într-o măsură mai mare, a suportului familial la depresiv, încurajarea verbalizării emoționale la schizoid, etc.

În cazul bolilor psihice nete, este utilă căutarea sprijinului terapeutic al psihologului/psihiatrului, într-un veritabil "lucru în echipă".

La polul opus, cei mai mulți oameni afectați de o boală psihosomatică rămân totuși, din punct de vedere al normalității psihice - integri, iar posibila afectare, reversibilă, este pricinuită de impasul existențial în care se găsesc.

Acestora li se adresează algoritmul de mai sus, care, fără a avea pretenția de exhaustivitate, poate reprezenta o bază utilă în abordarea încununată de succes a acestor bolnavi.

- tip particular de personalitate;
- norme culturale

PASUL 8

1. diagnostic psihologic (afecțiuni psihice intercurrente, tulburări de personalitate etc.);
2. modalități de abordare particulară în aceste cazuri
3. colaborare cu psihologul sau/și psihiatrul;
4. diagnostic psihosomatic

Bibliografie

1. Barrows H.S., Pickell G.C. "Developing Clinical Problem-Solving Skills - A Guide to More Effective Diagnosis and Treatment", New York, Norton Medical Books, 1991;
2. Bates B. "A guide to Physical Examination and History Taking" (5th Ed.), Philadelphia, Lippincott, 1991;
3. Billings A.J., Stoeckle J.D. "The Clinical Encounter - A Guide to the Medical Interview and Case Presentation", Chicago, Year Book, 1989;
4. Elstein A.S. "Psychological Research on Diagnostic Reasoning". În: Lipkin M., Putnam S.M., Lazare A. (eds.) "The Medical Interview", New York, Springer-Verlag, 1995, pg.504-510;
5. Iamandescu I.B. "Psihologie Medicală", Ed. Infomedica, București, 1995;
6. Johnson T.M., Hardt E.J., Kleinman A. "Cultural Factors in the Medical Interview". În: Lipkin M., Putnam S.M., Lazare A. (eds.) "The Medical Interview", New York, Springer-Verlag, 1995, pg. 153-162;
7. Levinson D. "A Guide to the Clinical Interview", Philadelphia, Saunders, 1987;
8. Lipkin J.M. et al. "Performing the Interview". În: Lipkin M., Putnam S.M., Lazare A. (eds.) "The Medical Interview", New York, Springer-Verlag, 1995, pg. 65-82;
9. Morgan W.L., Engel G.L. "The Clinical Approach to the Patient", Philadelphia, Saunders, 1969;
10. Smith R.C. "The patient's story: integrated patient-doctor interviewing", Boston, New York, London, Toronto: Little, Brown and Company, 1996;
11. Smith R.C., Hoppe R.B. "The patient's story; integrating the patient-and physician-centered approaches in interviewing", Ann. Intern.Med., 1991, 115:470-477.

C. COMUNICAREA MEDIC-PACIENT ÎN MEDICINA DE FAMILIE

Cristian Sever Oană

*Motto: "Medicina este un echilibru delicat
între artă, știință și comunicare",*

Carole Guzman,

Președinte al Asociației Medicale Canadiene, 1991

Se consideră că există două tipuri de științe: științe naturale și științe sociale (umane). Științele naturale se ocupă de fenomenele din natură care trebuie explicate prin demonstrarea cauzelor acestora. Științele sociale se ocupă de fenomenele umane care trebuie înțelese în funcție de atitudini, sentimente, norme și motive ale persoanelor implicate.

Medicina este o profesie care îmbină în egală măsură elemente ale științelor naturale cât și ale științelor sociale. Modelul medical contemporan este unul eclectic, modelul bio-psiho-social, care folosește elemente din trei sisteme teoretice. Acest model este bun din punctul de vedere al practicii clinice dar este nesatisfăcător din punct de vedere filosofic și științific.

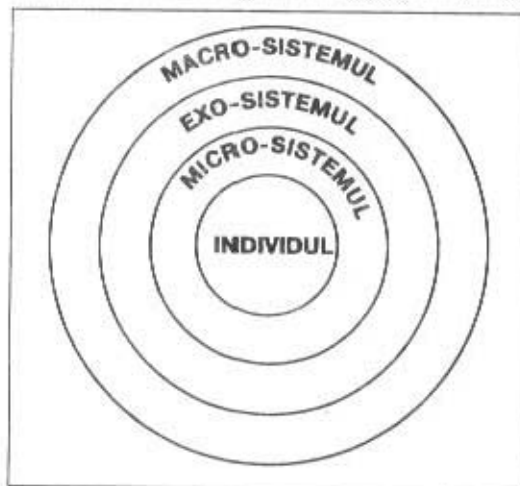
După cum subliniază Kuhn, un concept științific dobândește sens și semnificație doar în contextul paradigmei căreia îi aparține și deci un model al bolii care împrumută concepte din trei paradigme diferite este un punct de pornire nesatisfăcător pentru formularea unor teorii fertile.

I. Concepții ecologice

Modelul medical bio-psiho-social așa cum a fost pus la punct de Engel nu poate fi aplicat întotdeauna cu ușurință în practica medicinei de familie. De aceea s-a dezvoltat **un model ecologic care integrează perfect elemente de antropologie medicală**. Cadrul conceptual folosit de autori ca Jansen și Bronfenbrenner are patru nivele majore, fiecare cu caracteristicile sale unice. Terminologia folosită pentru a defini trei dintre aceste nivele apelează la cuvântul "sistem" pentru a accentua interacțiunile dintre ele (Figura 1).

Primul nivel este cel **individual**. Importanța acestui nivel este ușor de înțeles, deoarece reprezintă pacientul în sensul individualității sale biomedicale, intelectuale și emoționale, al funcționalității sensori-motorii, abilităților cognitive și al tăriei ego-ului în relația prilejuită de întâlnirea clinică. Conceptele antropologice la acest nivel cuprind modelul explicativ al bolii, evidențierea cererilor pacientului, negocierea medic-pacient și impactul etnicității asupra relației medic-pacient și asupra comportamentului de bolnav sau sănătos.

Figura 1



Al doilea nivel este **microsistemul constituit de mediul fizic și social din imediata proximitate** în care funcționează individul. Mediul social este format din oamenii semnificativi din viața subiectului precum părinții, soțul, prietenii, colegii de serviciu. Individul este expus presiunii sociale ca rezultat al apartenenței sale la un grup. Tot aici sunt incluse fenomene ca presiunea de grup, normele sociale active în mediul imediat de viață al individului, viața profesională și religioasă. În afară de mediul social microsistemul cuprinde și mediul fizic natural și artificial construit. Dimensiunile fizice și sociale ale microsistemului afectează credințele și comportamentul individului față de starea sănătății sale.

Al treilea nivel, **exosistemul, cuprinde comunitatea locală, vecinătatea**. Conceptul de comunitate poate fi înțeles din cel puțin trei puncte de vedere diferite:

1. Ca o arie sau teritoriu bine definit;
2. Ca o mulțime de instituții cu componente fizice, personale și sociale care asigură servicii de întreținere și împlinire a vieții indivizilor;
3. În sens psihologic ca o apartenență, sentimentul de grup.

Vecinătatea sau mediul comunitar este de importanță majoră pentru sănătatea individului. Ea este o sursă de satisfacere a nevoilor fundamentale, servicii, securitate fizică, interacțiune socială, distracții și mulți alți factori legați de nevoile, cerințele și presiunile umane.

Al patrulea nivel este **macrosistemul sau contextul global al cadrului ecologic** și cuprinde procesele politice, forțele economice și sociale și evenimentele ce operează într-un mediu politico-economic particular pentru socializarea bolii și suferinței. După cum sugerează Young factorii ce operează la acest nivel influențează direct sau indirect aproape orice aspect al vieții. Acești factori determină:

1. cine ce boală va face, la ce servicii medicale are acces și de ce îngrijiri beneficiază;

2. cum indivizi cu același set de simptome și semne sunt încadrați la boli diferite și tratamente diferite în funcție de poziția socială și economică a suferindului.

Cadrul conceptual ecologic facilitează integrarea principiilor antropologice în practica clinică a medicului de familie.

2. Concepția antropologică

În continuarea capitolului ne vom ocupa de nivelul individual care este nucleul întregului sistem și la care se concentrează toate relațiile și influențele. La acest nivel se desfășoară interacțiunea clinică medic-pacient bazată pe comunicare.

Nivelul individual include țesătura fină și complicată a relațiilor dintre cererile pacientului, modelul său explicativ pentru boală și abordarea negociată a îngrijirii cazului.

a. Modelul explicativ este reprezentat de percepțiile și opiniile individului despre boală. În esență aceste opinii conțin elemente de cauzalitate, fiziopatologie, prognoză și percepțiile pacientului asupra mijloacelor terapeutice eficiente. **Modelul explicativ al pacientului reflectă preocuparea sa pentru boala pe care o are și este un amestec de noțiuni comune, biomedicale și folclorice.**

Modelul explicativ al pacientului poate fi evidențiat în timpul interviului și poate fi un element important în alcătuirea strategiei de îngrijire a bolnavului.

Lazare și colaboratorii au conceptualizat întâlnirea clinică dintre medic și pacient ca începând cu o cerere specifică de servicii din partea pacientului.

b. Dezvoltând ideea, Good și Good au clasificat solicitările pacientului din asistența medicală primară în trei mari grupe:

- 1) solicitări biomedicale;
- 2) solicitări psihosociale;
- 3) solicitări legate specific de interacțiunea medic-pacient.

Aceste solicitări includ informații medicale, asistență psihosocială, ascultarea terapeutică, tratament biomedical și legitimarea statutului de bolnav.

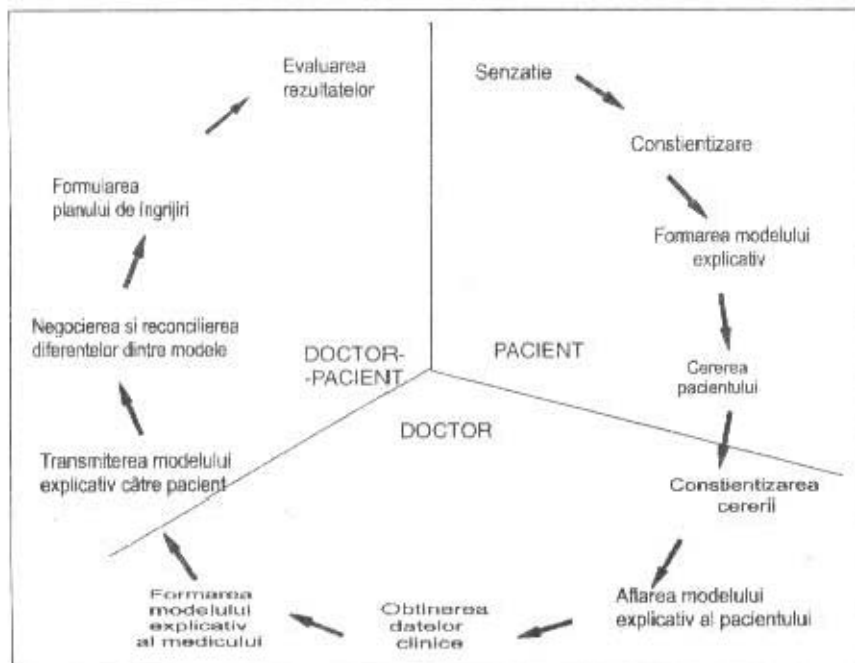
Evidențierea solicitărilor pacientului se concentrează pe nevoile și dorințele acestuia în cadrul interacțiunii clinice.

c. Înțelegerea cerințelor pacientului este extrem de utilă în procesul de negociere dintre medic și pacient a așteptărilor și rezultatelor întâlnirii clinice. Medicul poate evidenția solicitările reale ale bolnavului în cursul interviului și vom reveni asupra acestui aspect ceva mai târziu (Figura 2).

Evidențierea modelului explicativ al pacientului și a solicitărilor sale în cursul întâlnirii clinice este doar pasul inițial care permite medicului să observe **diferențele dintre modelul explicativ biomedical și cel laic al pacientului.** Înțelegerea asemănărilor și deosebirilor între cele două modele este și primul pas în negocierea reconcilierii dintre ele. **Negocierea implică**

clarificarea modelului explicativ al pacientului și pornind de la asemănarea cu cel al medicului se poate ajunge la un plan de îngrijiri medicale agreat de ambele părți.

Figura 2



Succesul tratamentului depinde de succesul acestei negocieri prin care se asigură participarea voluntară a bolnavului la îngrijirea sănătății sale. Impunerea modelului explicativ al medicului cu neglijarea și în detrimentul modelului explicativ al bolnavului este primul pas spre eșecul tratamentului, iar acest lucru se datorează întotdeauna proastei comunicări dintre medic și pacient.

II. Modele de consultație

Modelul medical încă prevalent, consideră consultația un simplu decor în care doctorul își desfășoară munca de diagnostic și tratament. Noul val care tinde să schimbe paradigme, ține cont din ce în ce mai mult de faptul că pacientul nu funcționează ca o mașină, ci are sentimente, iar doctorul nu este o mașină de pus diagnostice și are la rândul lui sentimente. Astăzi, acordăm o atenție din ce în ce mai mare la ceea ce se întâmplă, dincolo de aspectul pur clinic al consultației. Una dintre primele teorii care descrie cel mai bine modelul medical actual este teoria rolurilor.

A. Teoria rolurilor

Describe așteptările pe care fiecare le are de la rolul de pacient, respectiv de doctor și regulile după care se desfășoară interacțiunea dintre cei doi. În mod tradițional, când pacientul intră în rolul de bolnav, el renunță temporar la o parte din responsabilitatea sa asupra propriei bunăstări. El acceptă unele restricții asupra capacității sale de liberă alegere în probleme de sănătate și îi acordă medicului puteri de judecător. Pacientul trebuie să-și recunoască vulnerabilitatea, dar și autoritatea medicului. **Adoptând rolul bolnavului, el poate ieși din alte roluri**, de exemplu cel de susținător al familiei, și îi legitimează un comportament regresiv, dependent (stă la pat, este servit, etc.). Totuși, acest rol implică și obligația pacientului de a căuta să se vindece, lucru pe care dacă nu-l face, își pierde avantajele.

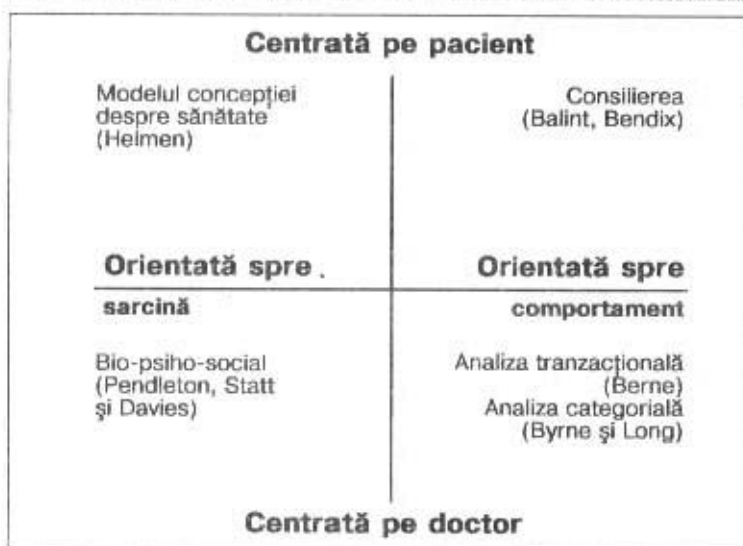
Fiecare societate acordă anumitor indivizi responsabilitatea de a ușura suferința fizică și spirituală, endemică în omenire. În acest sens, societatea creează doctori pe care îi înzestrează cu putere și autoritate pentru a ușura sau, cel puțin, a izola suferința (Michael Foucault). În schimbul stimei, doctorul este dator să-și dedice competența și atenția oricăror probleme prezentate de pacient și să acționeze în interesul pacientului și, uneori, în interesul societății.

Accesul la medic implică **executarea unor ritualuri**:

- umilința pacientului care trebuie să-și afirme neajutorarea;
- etalarea suferinței într-un mod standardizat sub formă de simptome;
- programarea la consultație sau înscrierea pe o listă de așteptare;
- îmblânzirea spiritelor care îl înconjoară pe doctor (asistente, infirmiere, secretare, portari);
- pacientul trebuie să-și sacrifice părți din corpul său ca să câștige atenția medicului: sânge, urină, țesuturi pentru analize;
- doctorul este îmbrăcat într-o uniformă simbolică, întronat în spatele unui birou și tăcut ca un sfinx;
- pacientul, din contră, stă gol pe un scaun sau pe o canapea, și asta numai pentru că s-a pierdut bunul obicei al ingenuității, corpul și spiritul lui fiind accesibile doctorului;
- mormăielile doctorului, ca și prezicerile Pythiei la oracolul din Delphi, sunt ambigue și, de obicei, într-o limbă inaccesibilă pacientului.

Acest model de consultație, tradițional și comod pentru doctor, este tot mai puternic contestat. Pe creasta noului val plutesc concepte noi "holistic", "deprofesionalizarea medicinei", "medicalizarea excesivă a vieții", "drep-turile pacientului" etc. Spre onoarea profesiei, valul schimbării este condus de medici, care au renunțat la pedestal și se îndepărtează de stereotipul autocratic. **Accentul se deplasează de pe doctor pe pacient și de pe sarcină pe comportament**. Modelele curente de consultație pot fi astfel clasificate după două axe de coordonate: axa centrat pe doctor sau pe pacient și axa orientat spre sarcină sau spre comportament (Figura 3).

Figura 3



B. Etapele și conținutul consultației

Indiferent de modelul de consultație adoptat, comunicarea medic-pacient este esențială, iar diferențele dintre modele sunt date mai degrabă de raportul de putere și de calitatea comunicării, decât de absența sau prezența ei.

Consultația în sine are două etape principale, ambele bazate pe comunicare. Prima etapă este interviul, în care doctorul încearcă să descopere de ce a venit pacientul să-i ceară ajutorul. A doua etapă este expunerea, în care doctorul îl informează pe pacient despre concluziile sale privind diagnosticul, tratamentul și recomandările sale. **Din punct de vedere strict al comunicării, sunt patru etape bazate pe tot atâtea talente:**

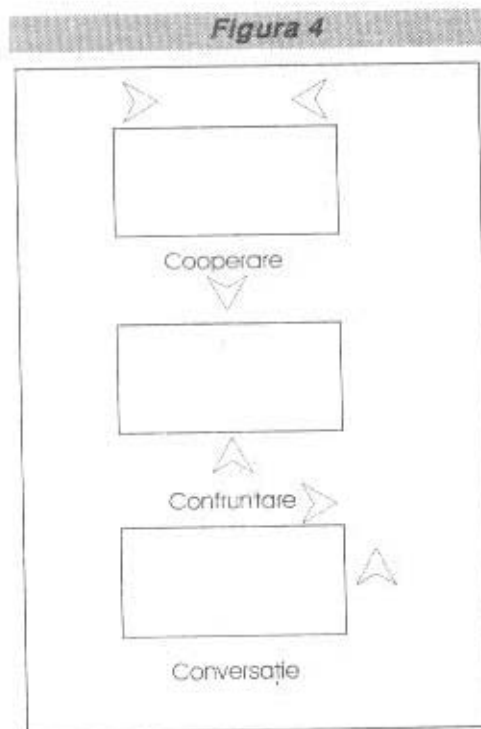
- de a pune întrebări
- de a asculta
- de a răspunde
- de a explica

Din fericire, chiar și cei lipsiți de ele le pot dobândi prin învățare și exersare zilnică.

Interviul

Pacienții sunt de cele mai multe ori anxioși când trebuie să vină la medic. **Această anxietate poate fi diminuată printr-un comportament prietenesc din partea doctorului.** De altfel, acest lucru se corelează cu gradul de satisfacție al pacientului. Medicul își poate manifesta prietenia salutând pacientul, adresându-i-se pe nume și dând mâna cu el, rugându-l să ia loc și inițiind o discuție amicală pe o temă nemedicală. Aceste mesaje verbale și non-verbale elimină în general anxietatea pacientului. Regia consultației

este aranjată de medic și poate influența decisiv comunicarea. Uniforma medicală inhibă, pe când ținuta de stradă relaxează pacientul, poziția în jurul biroului este și ea parte importantă (Figura 4).



Medicul poate manipula situația în așa fel încât să-l așeze pe pacient unde vrea, fără să-i dea posibilitatea să aleagă. Dacă vrea să afle mai multe despre personalitatea pacientului, medicul îi va permite acestuia să-și aleagă locul unde vrea să stea. Pacientul timid va încerca să-și asigure un spațiu personal cât mai izolat și va sta cât mai departe de medic. Aspectul exterior al medicului este hotărâtor pentru buna comunicare; dacă medicul corespunde ca aspect așteptărilor bolnavului, acesta se va destălnui mai ușor. De asemenea, postura care exprimă interesul, puțin aplecat în față, contactul vizual, este de natură să încurajeze pacientul. Uneori, atingerea pacientului, de exemplu o mână pusă pe umăr, poate fi esențială pentru ușurarea unui pacient foarte stresat.

Prima întrebare trebuie să fie deschisă, de genul: "ei bine" sau "cu ce vă pot ajuta?". Medicul trebuie să asculte în liniște, fără să întrerupă, mărturisirea inițială a bolnavului. Ulterior, va trebui să rezume spusele bolnavului cu scopul de a i se confirma că a înțeles exact mesajul. Apoi poate continua cu întrebări de tip închis, care implică răspunsuri scurte, pentru a putea sonda în profunzime ceea ce îl interesează în mod special (**ce temperatură ați avut?, câte kilograme ați slăbit?**, etc.). Trebuie evitate cu orice

preț întrebările care ar putea sugera un răspuns (**nu credeți că de teamă faceți palpitații?** – această întrebare ar putea fi formulată astfel: "**ce mai simțiți când vă este teamă**" sau "**ce mai simțiți când aveți palpitații?**"). Înainte și după întrebarea cea mai importantă este bine să faceți o pauză pentru a fi siguri că pacientul a înțeles implicațiile acesteia. Ascultarea în sine cere din partea medicului să fie atât relaxat, cât și vigilent. Întreruperile de orice natură, telefon, asistentă etc., pot bloca comunicarea. Medicul trebuie să fie atent în timpul interviului și la mesajele non-verbale, care de multe ori pot fi mai importante decât cuvintele. Ori de câte ori medicul primește un semnal emoțional de la bolnav, va trebui să confirme acest lucru, fie din priviri, înclinând capul, sau mormăind o aprobare pentru a-l încuraja să-și continue povestirea.

Interviul poate eșua din numeroase motive:

- lipsa de relaxare a pacientului - nu-l agresați din start cu întrebări;
- scăparea discuției din mână - nu-l lăsați s-o ia razna;
- limitarea prematură a discuției la o singură problemă - pacientul începe cu o problemă minoră;
- lipsa unor întrebări sistematice;
- absența clarificărilor ulterioare;
- lipsa de răspuns a medicului la mesajele non-verbale ale pacientului;
- lipsa concentrării din partea medicului.

Contactul fizic cu pacientul în timpul examenului clinic poate stimula o comunicare mult mai intimă, care de multe ori completează în mod fericit interviul.

Expunerea

Explicațiile bune, ca și o pereche de bikini, trebuie să fie minuscule, stimulative și totuși să acopere lucrurile esențiale. În tinerețe, majoritatea medicilor sunt tentați să explice prea mult și prea devreme. Consecința este că foarte repede ajung să se contrazică și nu mai au pe unde scoate cămașa. Indiferent cât de exact și complet este diagnosticul, dacă medicul nu este capabil să explice semnificația acestuia în termeni accesibili pacientului, rezultatul este un pacient nemulțumit, derutat, care de cele mai multe ori nu va respecta indicațiile medicului. Pacienții își amintesc cel mai bine ceea ce li se spune în primul minut după terminarea examinării clinice. De aceea, este esențial ca atunci să i se transmită informația cea mai importantă.

Transmiterea veștilor proaste necesită cea mai mare măiestrie. Empatia și limbajul clar sunt condițiile sine qua non în acest scop. Principiile după care se face transmiterea unei vești rele sunt următoarele:

- alege momentul potrivit;
- rezervă suficient timp;
- progresează în ritmul înțelegerii și acceptării pacientului;
- evaluează cât știe și cât vrea de fapt să știe;
- identifică preocuparea principală a pacientului,
- asigură-l de tot sprijinul tău.

În final, consultația trebuie să se termine într-o notă de relaxare. Pacientul este satisfăcut, se pregătește să se ridice, zâmbește și își ia la revedere. Dacă pacientul vorbește cu ezitări, evită contactul vizual cu doctorul și nu este gata să se ridice, este evident eșecul comunicării și procesul trebuie reluat, eventual la o nouă vizită.

În concluzie comunicarea medic-pacient este esențială și poate afecta profund îngrijirea bolnavului. Din fericire, tehnica comunicării poate fi învățată și exersată la fel de bine ca și tehnica examinării clinice.

Una dintre cele mai eficiente tehnici de comunicare la îndemâna medicului de familie este derivată din tehnica psihanalitică bazată pe modelul tranzațional al lui Berne. În continuare vom expune modelul tranzațional.

MODELUL TRANZAȚIONAL AL LUI BERNE

Eric Berne (1961), pornind de la concepte din psihanaliză, teoria comunicării și teoria jocurilor, a reușit să pună la punct un sistem de **analiză tranzațională** care definește procesele ce operează în relațiile interpersonale în termeni simpli ușor de folosit în practica medicinei de familie.

Restrângând și concentrând operațiile tranzaționale asupra unui număr limitat de grupe mai frecvente este posibil cu ajutorul acestei tehnici să-l faci pe pacient să înțeleagă anumite defecte caracterologice fundamentale atât ale lui, cât și ale altora.

Deoarece tranzațiile dintre oameni sunt descrise ca "distracții", "jocuri" și "scenarii" și sunt tratate cu umor, pacientul își formează o atitudine înțelegătoare față de slăbiciunile altor oameni și dobândește o înțelegere critică a propriei sale relații histrionice cu ceilalți oameni. (Tranzația este unitatea interacțiunii sociale. Când doi sau mai mulți oameni se întâlnesc într-o agregare socială, unul din ei va vorbi sau va da un alt semn care indică recunoașterea prezenței celorlalți. Acesta este stimulul tranzațional. Altcineva va spune sau va face ceva ca răspuns la acest stimul și acesta este răspunsul tranzațional). Atitudinile ego-sintonice, de obicei dificil de admis, sunt izolate ca fiind absurde și aducând un beneficiu îndoielnic. Pacientul învață să râdă de sine însuși și să-și inhibe anumite înclinații ca străine de ego (ego alien).

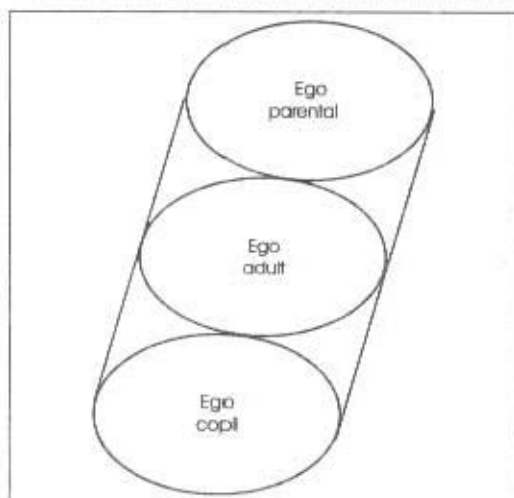
Berne concepe relațiile umane ca seturi repetitive de manevre sociale care au rol defensiv și aduc importante gratificații. Aceste manevre iau forme de "distracții" și "jocuri" pe care le joacă oamenii. Acestea pot fi simple trucuri sau pot lua forma unor exerciții elaborate care urmează un plan inconștient sau scenariu.

La orice persoană se manifestă trei stări ale ego-ului:

- prima este **copilul** din interiorul persoanei, o relicvă regresivă a trecutului arhaic al individului, deci un aspect al arheopsihicului său;
- a doua este **părintele**, agentul parental extern, pe care persoana îl încorporează prin identificare, sau exteropsihicul;
- a treia, **adultul**, matur, rațional, prelucrând date, sau neopsihicul.

Fiecare dintre aceste componente ale persoanei percepe realitatea diferit: partea de copil percepe prelogic și distorsionat; partea de părinte sentențios; partea de adult, comprehensiv pe baza experienței trecute.

Figura 5
Diagrama structurală a personalității



Cele trei stări acționează ca răspuns la nevoile persoanei și la tipurile de "jocuri" pe care le practică la un moment dat. De exemplu, în cazul unei povești despre delapidare părintele acționează moralizator (joacă jocul "condamnare"), **adultul** este interesat cum s-a produs delapidarea (joacă jocul "contabilul"), **copilul** acționează naiv și se gândește ce distractiv este să continue delapidarea (joacă jocul "hoții și vardiștii"). Cele trei stări ale **ego**-ului pot intra în conflict între ele, simptomele fiind consecința relicvelor **copilului** care se luptă cu relicvele **părintelui**, amândouă contaminând **adultul**.

În timpul interviului medicul de familie trebuie să-și dea seama în funcție de aspectul și prezentarea pacientului, gesturi, vocabular și intonația vocii care stare a ego-ului a produs simptomul sau tulburarea echilibrului personalității. Psihopatologia poate fi reformulată în termenii trilogiei părinte-adult-copil pentru uzul medicului de familie. Astfel halucinațiile reprezintă o manifestare a părintelui ce folosește audiența copilului și uneori a adultului contaminat. Iluziile sunt în general manifestări ale copilului care contaminează adultul. Depersonalizarea este o manifestare a stimulilor somatici, distorsionați de un copil derutat care sunt de neînțeles pentru adult. Dacă stimulii sunt ego-sintonici pentru adult, sunt transformați în iluzie de modificare a corpului. În hipomanie copilul exclude părintele cu ajutorul adultului contaminat. Dacă se transformă în manie adultul ca și părintele devin excesiv de puternici cu ajutorul copilului care își investește energia libidinală în acea acțiune.

Isteria de conversie este o manifestare a copilului care exclude adultul prin refulare. Tulburările de caracter și psihopatiile sunt manifestări ale

copilului care conviețuiește în armonie cu adultul. Nevrozele impulsive sunt izbucniri ale copilului fără controlul adultului sau părintelui.

Medicul acționează la rândul lui cu părintele, adultul sau copilul din structura personalității sale. Presupunerea este că acest act este în beneficiul pacientului.

Deseori copilul din medic va percepe intuitiv și subconștient copilul sau părintele din pacient.

Analiza tranzacțională simplă trebuie să diagnosticheze care stare a ego-ului inițiază stimulul tranzacțional și care inițiază răspunsul tranzacțional.

Cele mai simple tranzacții sunt cele în care atât stimulul, cât și răspunsul provin de la adulții medicului, respectiv pacientului. La întrebarea medicului **"ce v-a supărat?"** pacientul "adult" răspunde **"m-a durut capul și am avut febră"**.

A doua ca simplitate este tranzacția copil-părinte. De exemplu pacientul spune: **"mi-e rău, tremur, dacă o să mor singur noaptea în casă?"**. La acest stimul tranzacțional inițiat de pacientul "copil", medicul "părinte" răspunde: **"linișteți-vă, este doar un guturai și vă rog să beți acum un pahar de apă și o aspirină."** Ambele aceste tranzacții sunt complementare, adică răspunsul este adecvat și așteptat și respectă ordinea naturală a relațiilor umane sănătoase.

Ele pot fi schematizate astfel (vezi figura 6).

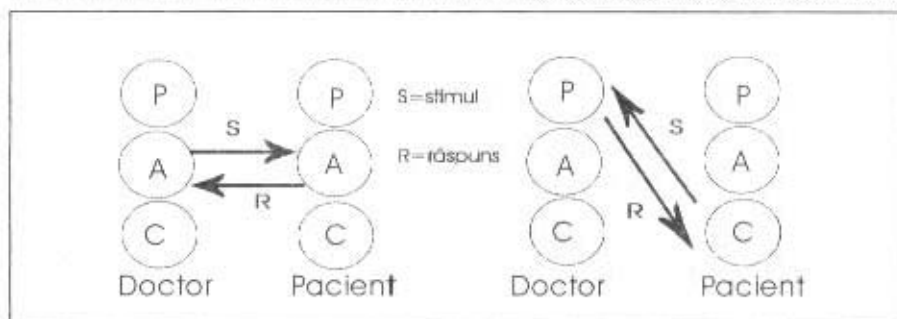
Prima regulă a comunicării este că aceasta este de bună calitate și se desfășoară cu ușurință dacă tranzacțiile sunt complementare. Corolarul acestei reguli este că atâta timp cât tranzacțiile sunt complementare, comunicarea poate în principiu să continue la infinit. Aceste reguli sunt independente de natura și conținutul tranzacțiilor; ele se bazează în întregime pe direcția vectorilor implicați. Atâta timp cât tranzacțiile sunt complementare, este irelevant din punctul de vedere al regulii dacă cei doi sunt angajați într-o bătălie critică (părinte-părinte), în rezolvarea unei probleme (adult-adult) sau într-un joc (copil-copil sau părinte-copil).

A doua regulă a comunicării este că aceasta se întrerupe când se produce o tranzacție încrucișată. Cea mai frecventă tranzacție încrucișată și care creează cele mai multe dificultăți sociale în relațiile de muncă, căsătorie, prietenie, iubire, este cea în care la un stimul adult-adult răspunsul este copil-părinte.

Acest tip de tranzacție nu este altceva decât reacția clasică de transfer din psihanaliză. La întrebarea simplă "nu știi unde este ziarul de azi"? poți răspunde "pe birou" sau "întotdeauna dai vina pe mine când nu găsești ceva!". Acest al doilea răspuns este o tranzacție încrucișată. De asemenea la remarcă doctorului "analizele sunt destul de proaste; cred că ar trebui să găsim o soluție ca să beți mai puțin", răspunsul adultului într-o tranzacție complementară ar fi "cred că ar trebui să mă abțin un timp".

Răspunsul într-o tranzacție încrucișată va fi "tot timpul mă criticați de parcă ați fi maică-me!"

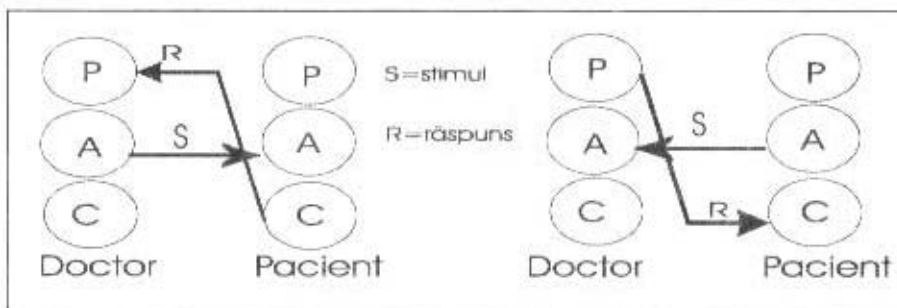
Figura 6



Un alt tip de tranzație este cel în care la stimulul tranzațional adult-adult răspunsul este părinte-copil. La întrebarea de mai înainte "nu știi unde este ziarul de azi?" răspunsul poate fi "niciodată nu ai grijă unde lași lucrurile!".

În relația medic-pacient acest lucru se întâmplă de pildă când la întrebarea pacientului "și ce se poate face ca să mă vindec?" răspunsul medicului este "totdeauna veniți în ultima clipă și plini de pretenții!". Acest tip de tranzații poate fi schematizat după cum urmează:

Figura 7



Un grad mare de complexitate au tranzațiile ulterioare care implică activitatea simultană a mai mult de două stări ale ego-ului. Această categorie de tranzații stă la baza "jocurilor".

Exemplul clasic este tranzația angulară practică de vânzători. De exemplu:

Vânzătorul: "Aceasta este mai bună, dar este mult mai scumpă."

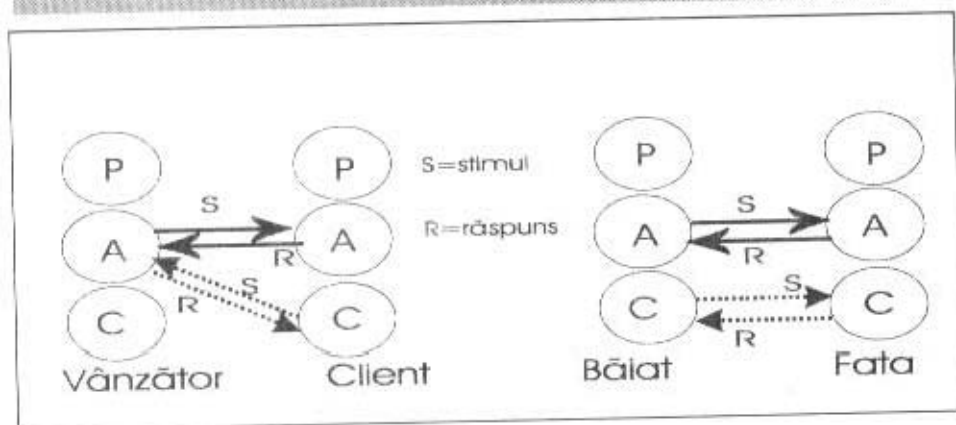
Clientul: "Ei bine, pe asta am s-o iau!"

Analiza acestei tranzații ne arată că vânzătorul în calitate de adult afirmă două lucruri obiective: că această marfă este mai bună și că această marfă este mult mai scumpă. La nivel de interacțiune socială aceste afirmații se adresează adultului din client. Replica de adult a clientului ar fi

"aveai dreptate cu ambele afirmații." Totuși vectorul ulterior sau psihologic este îndreptat de vânzătorul adult experimentat către copilul din client: "este mult mai scumpă și deci nu ți-o poți permite!"

Corectitudinea judecății vânzătorului este confirmată de răspunsul copilului din client: "indiferent de preț o să-i arăt înfumuratu' ăsta că și eu pot să mi-o cumpăr" - la ambele niveluri tranzacția este complementară deoarece replica este exceptată la nivel de adult ca un contract de cumpărare.

Figura 8



Același tip de tranzacție se poate desfășura între medic și pacient.

Medicul: Pentru simptomele dumneavoastră luați doar aceste medicamente. Sunt comod de administrat.

Pacientul: Există și altă metodă de tratament?

Medicul: Desigur, dar este prea complicat pentru dumneavoastră. Va trebui să țineți regim, să faceți mișcare, să vă schimbați stilul de viață și personal nu cred că aveți voința necesară.

Pacientul: Ei bine, renunț la medicamente și-mi schimb stilul de viață!

Un alt tip de tranzacție ulterioară foarte frecvent este duplexul care implică patru stări ale ego-ului. Acest gen de tranzacții este cel mai des întâlnit în flirt și jocuri amoroase.

Baieatul: Vino în pod să-ți arăt observatorul meu astronomic.

Fata: Mi-a plăcut să privesc stelele încă de când eram mică.

La nivel social este o conversație între doi adulți despre astronomie.

La nivel psihologic este conversație între doi copii despre jocul sexual. În aparență adultul are inițiativa, dar ca în majoritatea jocurilor rezultatul este decis de copil, ceea ce este perceput ca o surpriză.

Analiza tranzacțională nu este o cheie universală cu care să putem deschide toate ușile ce blochează comunicarea medic-pacient, dar este fără îndoială utilă în majoritatea situațiilor întâlnite în cabinetul medicului de familie mai ales dacă este dublată de empatia doctorului față de suferința bolnavului.

Bibliografie

1. Engel G.L. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.* Science 1977; 196: 129-136.
2. Jansen J.M. *The comparative study of medical systems as changing social systems.* Soc. Sci. Med. 1978; 12: 121-129.
3. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development.* Cambridge, Harvard University Press, 1979.
4. Lazare A., Eisenthal S., Wasserman L., Hartford T.C. *Patient Requests in a Walk-in Clinic.* Compr. Psych. 1975; 16: 467-477.
5. Good M.D., Good B.J. *Patients requests in primary Care Clinics, Clinically Applied Anthropology.* Dordrecht, The Netherlands, D. Reidel, 1982.
6. Young A. *The antropologies of illness and sickness.* In: *Annual Review of Anthropology.* Palo Alto, California, Annual Reviews, Inc. 1982.
7. Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R. *Philosophy of Medicine, 2nd Ed.* - Blakwell Scientific Publications, 1990.
8. Fraser R.C.: *Clinical Method, 2nd Ed.,* Butterworth-Heinemann.

Capitolul 8

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE A BOLNAVILOR PSIHOSOMATICI

A. PSIHOTERAPIA EXPERIENȚIALĂ ÎN BOLILE PSIHOSOMATICE

Iolanda Mitrofan

1. Principiile psihoterapiei experiențiale

Obişnuim să spunem că, în mod natural, cunoaşterea începe cu experienţa. „A fi în situaţie” sau „a fi prezent” este atitudinea prin care percepem lumea, ne dezvoltăm şi mijlocul obiectiv prin care stabilim relaţia personală cu ceilalţi şi cu lumea. Această atitudine naturală, spontană, de a experimenta realul este „poluată” de o mulţime de prejudecăţi, scheme apercceptive învăţate, stereotipii şi obiceiuri socio-culturale, supoziţii şi dorinţe, dar ceea ce contează în primul rând este percepţia realului şi trăirea afectivă asociată ei. **Reflexia şi evaluarea, raţionalizarea şi păstrarea cunoştinţelor şi a atitudinilor** ce ne definesc, după criteriul de o mare diversitate, (în funcţie de dinamica fenomenelor conştient-inconştiente, de nevoi şi de posibilităţi, de interese şi de speranţe, de frici şi de neputinţe) - toate acestea devin şi se construiesc pe sistemul nostru natural, direct, de a experimenta lumea, atât cea internă, cât şi cea externă.

Acţiunea este principiul de bază al dezvoltării, atât la nivel mental, cât şi comportamental. Noi experimentăm (acţionăm în plan intern) ori de câte ori proiectăm (gândim şi concepem strategii, operăm, analizăm şi comparăm, abstragem şi generalizăm, elaborăm soluţii şi rezolvăm, imaginăm, ne reprezentăm, visăm şi creăm). Apoi transpunem „proiectul nostru mental” în realitate, verificăm, modificăm, restructurăm ceea ce am proiectat, în contact direct cu obiectul, relaţiile şi strategiile rezultate sau puse în aplicare. Proiectul nostru mental se referă şi la propria imagine, la Eul sau Sinele nostru, auto-perceput, real sau ideal, la ceea ce ştim sau nu ştim că suntem, la ceea ce

dorim sau respingem la noi înșine. Devenim persoane și ne actualizăm Sinele, după expresia lui Maslow, restructurând continuu realitatea externă și simultan pe noi înșine, precum și raporturile dintre ființa noastră lăuntrică și realitatea externă.

Învățăm astfel, întreaga viață să participăm la marea creație, ca parte a acesteia și bucurându-ne de privilegiul creativității și al transformării. Putea transformativă se exprimă însă în egală măsură, în creație, ca și în distrucție. Creativitatea, ca și distructivitatea se răsfrâng nu doar asupra exteriorului (mediului), ci și asupra interiorului nostru. Astfel, ne putem autocrea, păstrându-ne și sporindu-ne **sănătatea**, intrând într-un acord firesc cu mediul psihosocial și fizic, cu ecosistemul, sau ne-o putem submina și distruge, fie din ignoranță, fie din iresponsabilitate, fie din uitare de Sine, fie din pierdere, perversiunea sau rătăcirea valorilor moral-spirituale.

Cu cât suntem mai puțin conștienți de noi înșine, cu atât ne îndepărtăm de la natura noastră sănătoasă, pozitivă, deschisă, potențial creatoare, cu resurse aproape nelimitate în a se adapta, evolua, transforma.

„Natura, din întâmplare sau din necesitate l-a făcut pe om. Omul a construit ulterior, ca ființă liberă și capabilă de premeditare, propria sa umanitate. A fi om înseamnă a dori să fii liber. Dacă eu cunosc pe dinăuntru libertatea mea posibilă, inteligența îmi arată limitele ei”, este de părere Jaquard Albert (1988).

Psihoterapia experiențială, prin accesul la natura transformărilor de sine și a relațiilor interumane, prin valorile ei pozitive care stau la baza înțelegerii, explorării și asistării ființei umane, se constituie într-o paradigmă a restructurării și dezvoltării persoanei, ca o cale de redobândire și păstrare a sănătății somato-psiho-sociale, de prevenire a alienării. În măsura în care persoana își deblochează, folosește creativ și dezvoltă propriile resurse, făcând față stresurilor și provocărilor existenței, printr-un proces de evoluție conștient, autocontrolat, bazat pe libertatea alegerilor și pe asumarea responsabilității, putem vorbi de **adaptare creativă**, adică de sănătate în sens larg - somatopsihic, socio-moral, interpersonal și spiritual. Aceasta presupune angajarea persoanei într-un proces de autovindecare, **provocarea și activarea resurselor ei compensatorii naturale**, potențarea acestora prin regăsirea semnificațiilor și sensurilor reale ale existenței.

Procesul de însănătoșire este pentru experiențialist - o redescoperire de sine, o reîntoarcere la izvoarele proprii, spontane și pozitive, o reintegrare a experienței impasului și a bolii pe o altă treaptă a cunoașterii și pe un alt nivel al conștiinței, o armonizare a tendințelor contrarii printr-o clarificare de sine și învățarea strategiei de „a lucra asupra sieși” și de a te autoschimba.

Acest proces este indestructibil legat de coevoluția spirituală, a terapeutului și pacientului, de dubla responsabilitate a păstrării igienei psihologice și relaționale de către ambii, în cadrul unui proces de devenire, „creștere” și împlinire mutuală, bazat pe respectul libertății valorilor și opțiunilor.

Pentru experiențialist, sănătatea individuală nu poate fi ruptă de sănătatea socială și de cea a mediului natural, adică de respectarea ritmurilor și legilor naturale ale cosmosului. **Concepția și modalitatea de abordare este holistă. Calea este armonizarea cu sine, cu alții și cu**

lumea, obiectivul este autodezvoltarea, autotransformarea sanogenă și autocreația, iar ținta este înaintarea întru cunoaștere, transcunoaștere și transpersonalizare.

Psihoterapia experiențială are „rădăcini” în filosofia existențială și în gândirea fenomenologică; de aceea ea pune accent pe trăirea și devenirea ființei umane, care este liberă, și prin urmare, responsabilă de propriul destin.

Devenirea personală este un proces de autocreație în care omul trebuie să se implice conștient. Terapeuții experiențialiști consideră că lucrul cel mai important care trebuie protejat la om este unicitatea sa. Fiecare dispune de un potențial latent ce se cere valorificat. Acest potențial este cea mai sigură garanție în lupta cu alienarea, cu „înstrăinarea omului de sine”, cu pierderea sau blocarea spontaneității, autenticității și capacităților creative. Boala psihică poate fi considerată, din această perspectivă, drept o expresie a scăderii potențialului uman prin blocarea posibilităților de manifestare a eu-lui.

Psihoterapeutul experiențialist pune în prim-planul preocupărilor sale trăirea **emoției și exprimarea experienței prezente**. Principiul său de bază este experiența „ **aici și acum**”, ceea ce îi permite subiectului conștientizarea propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propriului eu, persoana va fi capabilă să se pună în acord cu semnificațiile lumii sale interne și externe și să se perfecționeze prin autorestructurare.

Relația terapeutică poartă și ea „amprenta” valorizării omului ca entitate activă, auto-afirmativă. Astfel, rolul terapeutului nu este acela de a-l modifica pe pacient, ci de a-i crea situații experiențiale prin care acesta să devină conștient de propriile disponibilități, pe care, apoi, să le pună în acțiune în scopul dezvoltării personalității.

Terapeutul experiențialist se manifestă ca o ființă omenească **disponibilă** pentru o relație echilibrată, de la adult-la adult - în care cei doi sunt **parteneri în procesul terapeutic**. Acceptarea necondiționată a experienței și valorilor clientului, încărcătura afectivă, sinceritatea și deschiderea către comunicarea verbală și non-verbală, sunt câteva dintre caracteristicile de bază în această orientare terapeutică.

Scopul procesului terapeutic este ca pacientul să obțină autonomia, apelând inițial la un sprijin. Terapeutul îl ajută pe pacient să obțină noi informații atunci când își stabilește noi scopuri. În acest demers complex, există trepte, urcușuri și coborâșuri pe care relația terapeutică le face să fie depășite mai ușor. În cadrul noilor experiențe cu sine, cu ceilalți și cu terapeutul, apar noi posibilități pentru pacient de a se „vedea” pe sine mai clar și de a beneficia de avantajele insight-urilor pe care le trăiește în timpul terapiei. Acestea devin câștiguri experiențiale ale pacientului, ajutându-l în autoacceptare.

Conceptele de bază în terapiile experiențiale sunt **spontaneitatea și autenticitatea**, iar instrumentul preferat este **autodezvăluirea** ca o ființă omenească autentică și afirmarea identității unice în confruntarea cu alții, cu familia, cu grupul. Atât în terapia individuală, cât și în cea de grup sau de familie, terapeutul promovează comunicarea liberă în experimentarea

interacțiunii, interesele lui fiind centrate pe stimularea comportamentului spontan și pe trăirea sentimentelor. El este preocupat de ce simte și cum se comportă pacientul în cadrul familiei, în situațiile legate de serviciu sau contact comunitar, de relațiile sale cu cei apropiați și mai puțin de cauzele acestui comportament, evitând interogațiile de tip „de ce?”, precum și interpretările. În felul acesta experiențialistii se diferențiază atât de psihanalisti, cât și de comportamentaliști, dezavuând punctul de vedere determinist, precum și abordarea manipulativă a omului.

Experiența permite manifestarea creativității personale și interpersonale, în strânsă legătură cu funcționarea optimă a personalității umane. Procesul autocreării implică, după Schutz (1969) 5 etape sau condiții psihologice: achiziția, asociația, expresia, evaluarea și perseverența.

- **Achiziția.** Procesul autocreativ presupune ca punct de plecare existența elementelor experiențiale. Acumularea lor necesită deschiderea către noi experiențe, capacitatea de a percepe mediul exterior și de a-ți conștientiza propriile sentimente. Elementele experiențiale înseamnă informația și experiența internalizate de individ. Persoana deschisă către experiență, capabilă de simțire, acumulează mai multe elemente experiențiale decât persoana rigidă, care nu-și permite manifestarea propriilor sentimente.

Atât deschiderea către experiență, cât și inhibiția, se pot manifesta la niveluri diferite de conștiință. La nivel conștient, capacitatea de a învăța a unei persoane este relaționată cu dezvoltarea sa emoțională. Există multe blocaje emoționale în ceea ce privește învățarea. Anxietatea, temerile acumulate în copilărie, conflictele nerezolvate, distorsionează percepția. De exemplu, unele persoane evită implicarea emoțională într-o relație, datorită temerii de respingere. A ajuta o persoană să-și învingă inhibiția, să devină mai deschisă către experiență, înseamnă deblocare emoțională și extensia conștiinței de sine (ceea ce presupune conștientizarea propriilor sentimente).

- **Asociația.** Aceasta este o etapă a procesului autocreativ care se referă la combinarea elementelor experiențiale în diferite modalități: informații, senzații și emoții, toate extrem de importante pentru activitatea creativă. Și combinarea elementelor experiențiale poate fi blocată la nivel inconștient. Multor oameni le este teamă de ceea ce le-ar putea releva inconștientul cu privire la ei înșiși. Pentru aceștia, jocul asociativ reprezintă o mare dificultate. A restricționa manifestarea inconștientului înseamnă a-ți limita posibilitățile de creștere.

Esența asociației constă în realizarea de conexiuni între elementele ce nu sunt conectate în mod evident. Așadar, dezvoltarea depinde de posibilitățile persoanei de a-și explora gândurile și emoțiile trăite, astfel putând descoperi relațiile dintre ele.

- **Expresivitatea.** Atât la nivel conștient, cât și la nivel inconștient, există limite privind expresivitatea unei persoane. Schutz consideră că educația tradițională este un factor foarte important care, acționând la nivel conștient, limitează expresivitatea unei persoane. Există norme speciale care trebuie respectate, devierea de la aceste norme putând fi interpretată ca anor-

malitate. Factorii socio-culturali acționează însă și la nivel inconștient. De exemplu asocierea unor manifestări artistice cu comportamente exhibitiv, imorale sau iresponsabile, este un factor care blochează conștient și inconștient - expresivitatea umană. Un pas pe calea dezinhibiției poate fi făcut prin crearea în cadrul grupului experiențial, a unei atmosfere de explorare reciprocă a laturii expresive a fiecărui membru al grupului.

• **Evaluarea.** Acest aspect se referă la relevanța unui anumit comportament pentru o situație dată. Comportamentul rezultat în urma asocierii anumitor elemente experiențiale trebuie să fie nu numai creativ, ci și util. Blocajele emoționale împiedică evaluarea reală. Teama de a nu dezamăgi pe alții, de a nu se autodezamăgi, nesiguranța privind propria competență sau un perfecționism compulsiv, reprezintă piedici în calea unei evaluări corecte a propriilor rezultate. Pe de altă parte, dorința de a te impune, tendințele competitive, reprezintă piedici în evaluarea corectă a rezultatelor altora.

• **Perseverența.** Ideile creative și comportamentul creativ nu sunt de ajuns pentru o autotransformare reală. Aceasta implică și o atitudine de perseverență. Ideea creativă trebuie „maturată”, trebuie „trăită”, înainte de a fi exprimată. Lipsa de perseverență poate însemna pierderea unei idei valoroase. Atitudinea ostilă față de autoritate poate constitui unul din blocajele privind perseverența.

Unii oameni se confruntă permanent cu autoritatea negativă internalizată, ceea ce îi împiedică să finalizeze un act creativ, inclusiv cel de a se autotransforma. „Pot face ceva mai bun decât ceea ce au făcut specialiștii din acest domeniu”, spun cei care nu și-au rezolvat conflictele legate de autoritate.

Psihoterapiile experiențiale deschid o poartă către un mod mai sănătos de a fi și de a acționa al ființei umane aflate în dificultate psihologică, interpersonală, dar și în impas psihopatologic. Pe de altă parte, ele constituie căi valide în optimizarea comportamentului și performanțelor umane, având valențe formative recunoscute în special în instruirea academică a profesioniștilor psihoterapeuți, consilierii educaționali și de familie, a tuturor specialiștilor în relații umane și dezvoltare personală. De aceea încercăm să complementăm puținele resurse informaționale românești în acest domeniu, precum și numărul redus al traducerilor care s-au făcut după 1990, dominate de lucrările fundamentale ale psihanalizei. În completarea acestora, având în vedere unele izvoare psihanalitice și analitice prețioase (în special cele identificate în operele lui C. G. Jung și W. Reich), pe care orientarea experiențialistă le recunoaște, asimilându-le și diferențându-le totodată de ele, prin infuzia gândirii fenomenologice și umanist-existențialiste, ne propunem să umplem o lacună informațională, referitoare la un domeniu încă incomplet cunoscut și exploatat*.

* v. I. Mitrofan și colab. „Psihoterapia experiențială”. Editura Infomedica, 1997

Sperăm să oferim în continuare o mostră de realitate psihoterapeutică vie, decupată din experiența noastră clinică.*

2. Rezultatele unui model recuperator experiențial, bazat pe analiza bioenergetică și gestalt-terapie în cazurile cu torticolis de etiologie și expresie psihogenă

Oscilând între tulburare neurologică și pseudoneurologică, asimilabil adesea nevrozelor motorii sau tulburărilor converșive cu simptom motor sau deficit (D.S.M. IV, cod 300.11, American Psychiatric Association, 1994, p. 221), atât prin complexul etiologic psihogen, cât și prin absența substratului organic decelabil - torticolisul spasmodic ridică semnificative și dificile probleme de evaluare și recuperare, având în vedere slaba responsivitate în tratamentul farmacologic, fizio- și chinetoterapeutic, în sensul recidivelor sau slabelor ameliorări.

Pornind de la această realitate, abordarea noastră este neconvențională și reflectă principiile psihoterapiei holiste și reconstructive, de orientare experiențială, incluzând două dintre principalele metode terapeutice ale domeniului: analiza bioenergetică (A. Lowen) și gestalt terapia (F. Perls și continuatorii).

Ea își propune să dinamizeze creativ și să restructureze resursele psihofiziologice și postural-kinestezice ale personalității pacientului, într-o tentativă de restructurare a gestaltului funcțional. Tulburarea psihogenă care se revelează sub forma dramaticului și spectaculosului torticolis (fie în varianta spasmului de torsiune, fie în cea hipotonă - rigidizarea gâtului orientat antero-lateral) constituie un eveniment clinic rar, dar cu marcat potențial invalidant.

Pendulând între cabinetul de neurologie - cu sau, de cele mai multe ori, fără indicație operatorie, și cabinetul de psihiatrie, după ce a parcurs inevitabil tratamente farmacologice paleative și fizioterapie, fără ameliorări semnificative sau stabile, după ce și-a investit speranțele în acupunctură sau în masajul bioenergetic miraculos al vreunui dintre vindecătorii la modă, bolnavul cu torticolis ajunge întâmplător și la ușa cabinetului de psihoterapie. La capătul unui drum sinuos de cca. 1-2 ani de la debut și chiar 4-5 ani de evoluție, acest bolnav aflat în căutarea vindecării, lipsit de speranță, demisiv, cu atitudini sociofobe și depresat - se confruntă cu alternativa pensionării de invaliditate.

Ceea ce la început părea doar o incomodă contractură a gâtului, devine treptat o adevărată „teroare psiho-corporală” - un simptom rezistent și invalidant, pentru că el se complică și se structurează postural și mental. Torticolisul conduce la un veritabil deficit de deplasare, coordonare și integrare socială. Bolnavul se deplasează cu mare dificultate, coloana vertebrală („axul vieții”) comportă prefaceri de mecanică și implicit,

* I. Mitrofan, *Rev. de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă*, nr. 2, vol. 1, 1995, p. 137

funcționale: el nu mai are siguranța deplasării pe direcția autopropusă, apar tulburări de echilibru și senzația de „mers deviat”. Obosit, bolnavul își simte umerii și ceafa crispați ca într-o „carcasă”, mușchii sternocleidomastoidieni prezintă contracturi penibile, dureroase și sunt percepuți ca pe „niște coarde prea scurte sau rigide”, capul alunecă involuntar, se torsionează spastic în poziții dintre cele mai spectaculoase.

Situația este trăită dramatic și jenant de către bolnav. Ritmul respirator este perturbat, dispneea însoțește orice efort minimal, și uneori, chiar simpla conversație.

Bolnavul de torticolis, a cărui **organicitate este infirmată** total sau parțial de neurolog și al cărui **caracter nevrotic este confirmat de psihiatru** - devine repede un invalid pentru că tendința la cronicizare și fixare este importantă în această afecțiune. Anxietatea și depresia uneori preced, dar aproape întotdeauna însoțesc simptomul de bază, dezvoltându-se insidios, cu tendință la integrări antropofobe și claustrare la domiciliu, consecutivă.

1. Cine și cum este bolnavul de torticolis psihogen?

Profilul personalității.

Personalitatea premorbidă a pacientului de torticolis, așa cum se dezvoltă ea prin analiza efectuată de-a lungul a 15 ani pe o cazuistică incluzând 25 de cazuri selectate și tratate în psihoterapie (v. I. Mitrofan, 1995, p. 137-143) circumscrie următoarele aspecte:

- Fondul structural: introversie, anxietate bazală, scrupulozitate și pedanterie, sentimente de autoinsuficiență, spirit critic excesiv, cu efort de autoreprimare, super-ego de tip „sadic”.

- În planul manifestărilor conștiente: crispări și rigiditate ideativă, afectivă și posturală, condiționate educațional, hiperexactitate, senzitivism relațional reprimat, sentimente de jenă și inadecvare, disconfort psihic, autopenițiune, tendință la ruminații obsesive pe nucleu complexual de inferioritate. În copilărie - tată hiperautoritar, rigid, mamă reactivă, rece conjunctura generatoare de complexe de autoritate și castrație. Dificultăți de decizie, insecuritate după luarea oricărei decizii cu grad crescut de responsabilitate. Trăiri de panică în situații de pericol iminent, (în special în cazul femeilor).

- În planul mecanismelor profunde, inconștiente: dificultăți de integrare a schemei corporale, având drept consecință slaba conștientizare a acestora prin mecanism de autonegare; tendință la rejecția propriului corp cu proiecție senzitivă în entități și eventual în partenerul sexual, conjugal. Dificultăți în acceptarea identității psihosexuale, cu reflexe negative în asumarea și exercitarea rolului sexual în general. Complexe de masculinitate/feminitate, anxietate, tulburări de dinamică sexuală la bărbați și frigiditate la femei, decepții erotice la ambele sexe, corelate subiectiv cu perioade de surmenaj sau suprasolicitare.

Toate acestea susțin ideea că instalarea bolii angajază, pe fondul unei personalități fragile, cu o istorie de viață similară în anumite secvențe importante - mecanisme converșive dintre cele mai sofisticate, cu proiecție

În sfera funcționalității și a expresivității corporale, cu tendință la fixare. „Metafora corporală” simptomatologică traduce fidel și rezonant interiorul ideo-afectiv și atitudinile fundamentale față de sine și față de ceilalți. Căci ce altceva **poate exprima simbolic spasmul de torsiune decât evitarea de sine sau a altora, fuga de sine și de alții, într-un efort inconștient de autoapărare patologică, dintr-un impuls primar de evadare din „capcana inconfortabilă a propriei ființe” corodate cronic de un profund sentiment de inadecvare?!**

Asistând la „spectacolul” propriei corporalități scăpate de sub control voluntar, pacienții dezvoltă consecutiv tendințe antropofobe, deși, compensator, ego-ul se exacerbează, orgoliul excesiv și jena de a se expune se combină, toleranța la frustrație scade, iar nevoia de recunoaștere și susținere crește, cel puțin în familie. Totul conduce inevitabil, spre o supratensiune psihică tradusă morfo-funcțional.

2. Simptomul-țintă din perspectiva obiectivelor și modelului terapeutic aplicat

Simptomul-țintă: Torticolisul este abordat ca modalitate deturnată de „rezolvare patologică” a conflictelor intrapsihice multiple și de blocare a fluxului energetic la nivelul zonei cervico-humeral.

Obiectivele psihoterapiei decurg din necesitățile de reechilibrare a raporturilor cognitiv-emoționale ale însului cu sine și apoi, cu ceilalți, și în primul rând, din cele de acceptare și evaluare corectă a identității sale psihocorporale, precum și de creștere a autoreglajului voluntar. Aceasta presupune o conștientizare și o înțelegere a semnificațiilor manifestărilor corporale simptomatologice, precum și o mobilizare a resurselor energetice de autoreglare în sensul depășirii impasului și creerii unui nou gestalt funcțional optim.

Lucrul cu corpul este o modalitate terapeutică integrată unui proces analitic și este extrem de apreciată actualmente de numeroși specialiști din domeniu. Este cunoscută sub numele de „analiză bloenergetică”, fiind dezvoltată conceptual în 1953 de către Wilhelm Reich (cel care l-a fost analist lui Perls) și structurată terapeutic de elevul acestuia - Alexander Lowen (1958, 1972, 1975, 1984). Tehnica analizei bloenergetice se bazează pe ideea corespondențelor dintre idee, emoție și mișcare, așa încât resursele energetice de care dispune omul să poată fi reactivate și redirecționate terapeutic. Calea sau vehiculul prin intermediul căruia pot fi modificate procesele energetice o constituie **respirația și mișcarea**, asociate conștient, într-un pattern armonios, sinergic, adaptativ. Din acest punct de vedere, gestalt-terapia se întâlnește și se completează benefic cu analiza bloenergetică, ele putând fi asociate în cadrul unei abordări terapeutice holiste.

Tehnicile active, sub forma exercițiilor corporale și respiratorii sunt de natură să activeze sentimentele blocate și să le repolarizeze pozitiv. Legătura existentă între emoțiile reprimite, respirație și mișcarea spontană, este chela înțelegerii simptomelor corporale ca „traductori” ai stărilor

mental-emoționale experimentate de subiect. Oamenii învață de timpuriu, că sentimentele dureroase sau amenințătoare pot fi suportate mai bine prin reținerea respirației (reflex de autoapărare care le reduce intensitatea și uneori, le suprimă), ca și prin blocarea mișcării spontane - manifestată prin tensiuni sau rigidități musculare. Lowen consideră că fiecare mușchi tensionat cronic reflectă un conflict interior între impuls sau sentiment și exprimarea acestora. De exemplu, o mandibulă încleștată poate semnifica strădania subiectului de a-și ascunde, masca sau reține impulsul de a „mușca” (concordant cu orientarea agresivă a acestuia față de cineva sau ceva), dar persoana nu va conștientiza semnificația acestui impuls, deoarece inhibiția mișcării spontane, blochează percepția sentimentului. În același mod, un gât rigid, înțepenit, poate ascunde impulsurile de a plânge sau de a țipa (supărarea și mânia sunt astfel reprimate), iar un gât spastic, fără etiologie organică poate „traduce” teama sau nevoia de evitare, negare a ceva sau a culva. În aceeași ordine de idei, umerii tensionați exprimă impulsurile reținute de a lovi sau de a lua ceva, etc. Toate aceste tensiuni musculare cu mecanism inconștient acționează, de asemenea și pentru a reduce respirația - corelată direct cu nivelul negativ al emoționalității. Un gât „rigid” contribuie la reducerea cantității de aer care intră și iese din plămâni, după cum un abdomen „rigid” limitează profunzimea respirației, deși, în același timp, reduce emoțiile negative. Astfel, expresii ca „a râde din rărunchi” acoperă o realitate psihofiziologică, aceste manifestări fiind imposibile în stările de crispate mental-musculară, specifice și bolnavului de torticolis.

Tensiunea musculară cronică imobilizează corpul care „se mortifică” treptat, traducând contractura ideo-afectivă dureroasă, iar aceasta produce, în continuare, recurent, tensiune musculară (ca fenomen de „autoprotecție patologică”). O persoană rigidă mental este și rigidă corporal, iar rigiditatea corporală mortifică emoționalitatea. În terapia bioenergetică, pacientul experimentează și conștientizează, „aici și acum”, rigiditatea ca „mortificare” personală și relaxarea, mișcarea și respirația, ca posibilități autocreative, de reconfigurare a complexului mental-corporal. Aceasta necesită, pe lângă exercițiile propriu-zise și analiza sentimentelor și integrarea polarității lor printr-un dialog gestaltist, bazat pe întrebările de bază: „ce simți? ”; „ce trăiești?”, „ce experimentezi, acum și aici? ”. Scopul declarat al acestui dialog este de a-l ajuta pe client să conștientizeze chiar modul în care poate conștientiza, pentru ca apoi să se poată autodepăși, dezvolta, operând cu resursele energetice și creative ale întregului organism.

Din motivele conceptuale dezvoltate mai sus și raportat la obiectivele recuperatorii pe care ni le-am propus, am optat pentru un model psihoterapeutic neconvențional, bazat pe tehnicile asociate ale gestalt-terapiei și analizei bioenergetice, cu integrarea unor procedee de inspirație orientală (preluate din Yoga și Qi Gong). Premisele de la care am pornit, postulează ideea că simptomul-țintă cu tot cortegiul său de dificultăți diskinetice și afective devine „un limbaj corporal” cu dramatică expresivitate, traducând „mesajul” personalității în dificultate. Acest mesaj se referă la:

- negarea surselor de conflict intra- și interpsihic, prin reprimarea mâniei cu expresie corporală în spasmul de torsiune sau în rigidizarea gâtului cu orientarea capului antero-lateral. Cu alte cuvinte, pacientul se opune, își exprimă dezacordul printr-un NU corporal, refuză sau evită ceva cu valoare psihotraumatizantă;

- frica de propria identitate psihosomatică și de modul în care este perceput și evaluat de către alții. Acesta este nucleul complexului senzitiv de inferioritate, frica de rejecție, tradusă simbolic prin postură încordată, involuntar rigidă, supracontrolată gestual, în atitudine de apărare. Pacientul se comportă de parcă s-ar aștepta să fie agresat. El are o atitudine corporală de fugă din fața unui pericol imaginar (când gâtul este antrenat în spasmul de torsiune) - fie o atitudine de împietrire, de imobilitate, de rezistență pasivă în fața aceluiasi pericol iminent, în formă hipotonă, cu rigidizarea gâtului și înclinarea sa spre partea stângă sau dreaptă. Această lateralitate nu este nici ea întâmplătoare. De cele mai multe ori, am observat că ea este declanșată și fixată ca deprindere posturală de către un stimul sau o situație psihotraumatizantă de care bolnavul „s-a ferit”, prin înclinarea capului, spontan, în partea opusă acțiunii stimulului implicat. Modelul mișcării inițiale asociate puternicei tensiuni emoționale negative, din istoria de viață particulară a pacientului are tendința la a se relua circular și fixa ca deprindere posturală patologică. De exemplu, în cazul unui pacient, am reconstituit prin tehnica focalizării prin imaginare ghidată scenariul unei situații de pericol iminent, la care asistasă în momentul producerii pentru prima dată a spasmului de torsiune (subiectul asistasă la iminența accidentării unui copil, într-o intersecție, de către un vehicul care se apropia în viteză, dinspre partea stângă a subiectului și pe care nu putuse să-l împiedice, fiind „țintuit locului” din cauza fricii). Gestul lui spontan care a însoțit tensiunea negativă deosebită a fost de a-și orienta capul spre dreapta, gest involuntar, pe care l-a repetat ulterior, din ce în ce mai frecvent, în special în situațiile de stres, griji, luarea unor decizii cu risc și responsabilitate. Pacientul trăia într-o situație de conflict intern, pe fondul căreia se declanșase o crescută susceptibilitate în a se simți agresat și punit moral. El își reprima astfel tot mai profund, sentimentul de culpabilitate.

O pacientă care prezenta din mica ei copilărie o zonă cu alopecie (chelie), situată în dreptul lobului temporal drept, se obișnuise, pentru a-și masca defectul să-și încline ușor capul antero-lateral, spre dreapta, așa încât să-i ofere interlocutorului doar imaginea sa acceptabilă. Torticolisul s-a declanșat însă prin întărirea sentimentului de autorepingere pe care l-a rețrăit și reprimat, în contextul unui mariaj încărcat de violențe. Soțul său, sub influența alcoolului, o agresa frecvent, pălmuiindu-i de preferință chiar obrazul stâng, mai expus bătăii, prin poziția defectuoasă a pacientei. Pălmuirea, antrena însă și mișcarea de rotație involuntară a capului, care continua să se miște spasmodic și după încetarea agresiunii. Fixarea gestului s-a produs prin reprimarea plânsului și țipetelor, în efortul conștient al pacientei de a nu fi auzită de vecini și respinsă afectiv de aceștia.

Sentimentul de jenă se amplifică astfel pe fondul temerii de respingere, iar tensiunea emoțională perturbă controlul voluntar al mișcărilor capului și se convertesc simbolic în spasmul involuntar de torsione.

3. Desfășurarea procesului terapeutic

Decodificarea „mesajului” patologic și a împrejurărilor care l-au exacerbat și fixat în simptom, prin intermediul etapei de conștientizare focalizată gestaltist, asociată ca analiză, a permis conceperea și nuanțarea „scenariului terapeutic” din punct de vedere al tehnicilor utilizate.

Etapa 1. Inițial, pe parcursul a trei-patru ședințe, am cuplat tehnica analitică orientată asupra trecutului cu o tehnică gestaltistă de readucere și retrăire în prezent a elementelor implicate în modificările expresive ale posturii. Am focalizat apoi conștientizarea asupra percepției schemei corporale și tonusului muscular, lucrând pe integrarea polarităților. Am insistat în conștientizarea prin descoperire a corelațiilor dintre emoții, gând și mișcare și poziție (lucrul cu corpul), a raporturilor de consonanță și respectiv disonanță între mental și corporal. În același scop am inițiat pacienții în câteva tehnici de respirație conștientă, controlată, începând cu ciclul respirației abdominale și apoi, exersând ciclul respirator complet. Concentrarea asupra ritmului respirator ca și practica egalizării conștiente a timpului de inspir și expir, într-un ritm natural, propriu subiectului (3 cu 3 timpi, sau 4 cu 4 timpi), în corelație directă cu starea de calm și deconectare a constituit un obiectiv important al acestei prime etape.

Etapa 2. După câteva ședințe de familiarizare și de motivare adecvată, am introdus în programul terapeutic o tehnică hipnoterapeutică de tip sophronic, constând în inducție lent-progresivă a relaxării psihomusculare, cu accent pe activarea circulatorie și energizarea uniformă, cvasitotală a corpului, începând din zona membrilor inferioare. După declanșarea catalepsiei pleoapelor, fie prin tehnica focalizării punctului dintre sprâncene, fie prin concentrare pe liniștirea ritmului respirator, am procedat la o relaxare corporală globală, începând cu degetele picioarelor, tălpi, glezne, mușchii inferiori ai picioarelor, genunchi, coapse, abdomen, plex solar, torace, baza gâtului, umeri, brațe, palme, degete. În aceleași ordini de focalizare, am provocat ulterior subiectul să lucreze prin **conștientizare focalizată, menținându-se și experimentând conștient senzațiile corporale și alternanța tensiunilor cu relaxarea**, completând și aprofundând la nivelul integrării conștiente ceea ce inițial a fost practicat pe fondul transei lejere, deci cu o mai redusă participare conștientă. În această constă și caracterul **neconvențional** în care am complementat tehnici terapeutice aparținând unor **abordări relativ diferite**. Pentru noi, importantă este conexiunea pe care aceste tehnici o pot crea în refacerea părților interne aflate în conflict, în scopul unirii eu-lui și completării ciclului gestaltului. Am aprofundat exercițiile pe fond de relaxare și de supravigilantă consecutivă, practicând și tehnica inducției focalizate a lui Zlocker, cu integrarea muncii de conștientizare și experimentare a senzațiilor, ceea ce a condus treptat la dobândirea capacității de autoinducție și control

asupra senzațiilor de căldură concentrată și dispersată în zonele corporale de interes (cervico-dorso-lombară, humerală, brațe, palme, degete, cu revenire în zona gâtului). Am pus accent și pe amplificarea progresivă a suportului verbal imagistic, plastic, evocator al senzațiilor de căldură profundă, invadantă, înmuiere, flexibilizare, topire, ușurare, eliberare. Lucrul cu corpul s-a folosit astfel și de **tehnica vizualizării ghidate**, ceea ce a crescut controlul subiectului în procesul de autorestructurare. Scenariul imagistic de restructurare mentală a schemei corporale a fost particularizat de la caz la caz și conceput în colaborare cu pacientul, el descoperind cele mai reprezentative **metafore personale utilizate în restructurare**. Acolo unde clientul s-a dovedit mai puțin imaginativ, terapeutul a ghidat activ metaforizarea cu scop de restructurare, propunând exerciții cum ar fi: imaginarea schemei corporale în mișcare transformativă constând în flexibilizarea corpului și lungirea sa între „cer și pământ”, progresiv, urmată de revenirea autocontrolată într-o dimensiune optimă și la o postură echilibrată, simetrică, în conformitate cu modelul mental pozitiv, dezirabil, autoproiectat. Seria exercițiilor mentale se încheie cu un exercițiu cefalic și de reintegrare armonioasă a întregii scheme corporale restructurate în mediu. Variabil s-a asociat și tehnica orientală Rey Qi (constând în aplicarea palmelor terapeutului, direct sau în zona de contact a câmpului bioenergetic al persoanei), ținând cont de polarizarea diferită a palmelor terapeutului (stânga negativ, dreapta - pozitiv, în corelare directă cu orele de maximum bioenergetic, respectiv în cazul nostru, orele 9-11 și 15-17). Conform studiilor în domeniu, palma stângă acționează ca absorbant, dispersator, iar palma dreaptă ca emițător, corector al fluxului energetic diminuat sau blocat. În funcție de particularitățile subiecților noștri am observat că utilitatea paselor bioenergetice palmare este diferită. Astfel, bărbații au beneficiat mai mult de contactul palmei stângi, ceea ce sugerează indirect existența unui posibil exces energetic de tip Yang în zona superioară a corpului (aceasta se corelează, de altfel și cu tulburările de dinamică sexuală semnalate), torticolisul manifestându-se în contextul acestui dezechilibru energetic. Femeile au beneficiat mai curând de aplicațiile palmei drepte, ceea ce ne-ar putea sugera prezența unui deficit energetic sau a unui blocaj, implicat în perturbarea respectivă. Menționăm însă că, în faza inițială a terapiei, majoritatea pacienților prezentau o necesitate crescută de absorbție bioenergetică, adesea conștientizată și comunicată din proprie inițiativă de către subiect. Aceasta susține posibilitatea mai curând a unui **blocaj sau deficit energetic în zona simptomatică**, în special în formele de torticolis **hipoton**. În formele **spastice**, e de presupus un **exces energetic** de tip Yang, care se cere „drenat” prin pase corespunzătoare.

Etapa 3. Pe măsura înaintării în procesul terapeutic, după cca. 10-15 ședințe de relaxare și conștientizare a unui nou gestalt integrativ mental-corporal, am introdus exerciții de modificare a posturii vicioase, a coloanei vertebrale, a gâtului și a modalității de orientare a privirii în mediu, precum și de experimentare a mersului ritmic, armonios, conectat la ritmul

respirator conștientizat. S-a lucrat și asupra deblocării mișcărilor de balans ritmic al brațelor, insistându-se asupra conștientizării și exprimării emoțiilor asociate și același lucru, pentru picioare. Asocierea unor pattern-uri specifice de mișcare corporală și respirație controlată, a constituit paradigma de bază a acestui antrenament al conștientizării și autoreglării. Menționăm că nu am practicat o kinetoterapie de factură uzuală, ci un model mental-corporal de autorestructurare prin experimentare și conștientizare activă, creativă. Activarea resurselor s-a bazat pe trepidul:

- model mental, imagistic;
 - orientare verbală a mișcărilor euritmice;
 - acțiune creatoare conștientă (exercițiu), cu feed-back-urile necesare.
- Restructurările (câștigurile) terapeutice s-au bazat pe:

- simetrizare posturală (atât în plan ideativ, cât și motor), prin următoarele tehnici (care au acționat ca niște căi de reperizare în experimentarea deplasării):

- orientarea privirii simultan cu mișcarea lentă, conștientă, voluntară a capului, pe linia imaginară a unor largi semicercuri, situate la distanțe din ce în ce mai mari de corp;

- fixarea privirii pe obiecte situate la distanță mare, cu conștientizarea detaliilor din ce în ce mai fine (focalizarea atenției pe obiect extern - tehnică preluată din Yoga);

- parcurgerea conștientă, mentală, a drumului până la obiectul concentrării și îndărăt, cu reluarea ciclului și complicarea lui, progresiv cu alte exerciții de urmărire (trasee orizontale, verticale, cercuri, diferite forme-exercițiu pe care l-am denumit „plimbarea privirii” sau „mângâierea cu privirea” simultan cu respirația calmă, egală, completă.

- mersul conștient-ritmic, cadențat și flexibil, elegant, cu sprijin verbal de concentrare pe numărătoare, asociat cu o ritmare calmă a respirației de tip abdominal, apoi cu mărirea treptată a timpului de expir într-un raport dublu față de timpul de inspir (3/6 sau 4/8) - exercițiu preluat din seria pranayamelor (Yoga) cu scop de „dezintoxicare”.

- asocierea unui număr variabil de exerciții respiratorii, după caz, de tip dezanxietare, purificare, calmare, etc. Din seria celor mai utilizate menționăm exercițiul respirației alternative (pe Ida și Pingala), în cicluri repetate de 3 ori pe zi, câte 5-6 exerciții, exercițiul de expir prelungit, eliberator „Ha”, exercițiul celor 5 silabe emise pe expir din practica Qi Gong;

- corecția simetrizării poziției umerilor, inițial cu sprijin subaxilar (o carte) pentru umărul denivelat, ulterior prin fixarea voluntară a brațelor la spate, în timpul mersului ritmic. De un real folos a fost practicarea unor posturi (asane) din Hatha Yoga, axate în special pe conștientizarea și activarea coloanei vertebrale și a simțului echilibrului. Corecția mersului prin flexibilizarea mișcărilor s-a făcut în trepte, parcurgându-se în mod experimental un mers pendulator intențional, cu proiectarea toracelui în față și vizualizarea mișcărilor capului ca și cum ar fi acționat de un resort elastic. Aceste exerciții se transformau treptat într-o **formă de expresie corporală estetică**, un adevărat „**model de dans personal**”, bazat pe miș-

cări din ce în ce mai ample, mai libere. Astfel, crisparea, ca și torsiunea involuntară a gâtului au putut fi progresiv autoreglate, subiecții învățând și exersând ulterior o ritmică armonioasă, bazată pe sincronicitatea proiectului imaginativ-ideativ cu respirația adecvată și mișcarea liber-reglabilă. Pacienții au experimentat cum pot să-și creeze o imagine corporală acceptată, care să elibereze mișcările optim, căpătând din interior modelul posturii simetrice și eliberate, siguranța necesară restructurării și preluării controlului postural. Exersarea conștientă a dus la rezultate stabile, după cca 8-12 luni de tratament intensiv, reluat în cicluri, între care subiecții își continuau pe cont propriu programul. Pe măsură ce s-a produs „creșterea psihologică”, extinderea conștientizării de sine și integrarea polarităților, corecția și depășirea simptomului s-a produs în grade variabile, ținând de durata și perseverența tratamentului, de calitatea contactului terapeutic și de susținerea proterapeutică a mediului familial și a personalului de îngrijire, pe perioada spitalizărilor. În unele cazuri, s-a practicat progresiv tratamentul în regim semiambulator și apoi ambulator.

Esențială a fost pe parcursul întregii psihoterapii, facilitarea și cultivarea sentimentului de **autoacceptare** și, mai ales, dobândirea **atitudinii de a fi liber interior**. Libertatea interioară a constituit baza pe care s-a creat pas cu pas și libertatea în planul mișcărilor și acțiunii, fluidizarea posturii expresive, comunicante.

Exprimarea unui caz ni se pare relevantă pentru experiența terapeutică trăită: „Am scăpat din capcană”. Colaborarea cu pacienții a stimulat și propria lor **creativitate în planul mișcărilor și posturii**, unii dovedind reale disponibilități de inventare a unor jocuri de mișcare ritmică, armonioasă, corespunzătoare dobândirii unei dezinvolturi posturale. Astfel, un exercițiu de **balans corporal lateral**, gândit și trăit ca o mișcare lină de plutire a unei bărci pe valuri, sau a unui leagăn sau a unui pendul, practicat ca o tehnică meditativă a ajutat mult la diminuarea contracturii gâtului, capul fiind imaginat ca susținut de un resort elastic, liber.

Modelul mental adecvat, (trăit ca imagine plastică), cuvântul sugestiv, acțiunea propriu-zisă experimentată în realitate (privire, mișcare, deplasare) și respirația controlată, calmă, au constituit cei 4 piloni ai reconstrucției prin conștientizare a unui nou model psihocorporal, care a rezolvat sau ameliorat până la suportabil simptomul de bază.

O consecință importantă a terapiei a fost o restructurare spiritual-atitudinală a pacienților, care au înțeles că suferința poate deveni un prilej de autodezvoltare a resurselor, de autodepășire, regăsire și acceptare de sine, precum și de transformare benefică. Reînnoarea speranței a deblocat, încă o dată „performanța”.

Bibliografie

1. Lowen A. *The Language of the Body*, New York, Macmillan, 1967.
2. Mitrofan Iolanda. *Psihoterapia Experiențială*, Ed. Infomedica, 1997, 53-59.
3. Mitrofan Iolanda. *Psihoterapia Experiențială - O Provocare la Creștere*, Rev. *Psihoterapia Experiențială*, 1998, 1, 1-3.
4. Perls F.S. *The Rules and Games of Gestalt Therapy*. In: Levitsky A, *Gestalt Therapy Now: Theory, Tehniques, Applications*, Penguin Books Ltd., Harmondworth, Middlesex, England, 1970.
5. Reich W. *"La fonction de l'orgasme"*, L'Arche Editeur, Paris, 1972.
6. Schutz W. *Joy Expanding Human Awareness*, New York, Ever Green Black Hat, 1969.

B. IMPACTUL PSIHO-SOMATIC AL MUZICII - PREMISĂ A MUZICOTERAPIEI

Ioan Bradu Iamandescu

A. IMPACTUL NEUROFIZIOLOGIC ȘI PSIHOLÓGIC

1. Considerații neurofiziologice asupra efectelor biologice ale muzicii

Pentru medicină - interesată în aplicarea muzicii în scopuri terapeutice (muzicoterapia) dar și ca un element încadrat într-o conduită complexă anti-stres - este importantă analiza efectului pe care îl are muzica asupra organismului uman, sistematizat de Raoul Rousseau, ca fiind exercitat asupra a trei "compartimente" fundamentale, cu rol de receptor al muzicii: senzorial, afectiv și intelectual.

Și Beethoven denumea muzica drept "inelul de căsătorie între viața spirituală și cea a simțurilor". Pentru psihosomatician, format în spiritul aplicării în practica medicală, diagnostică și terapeutică a unității dintre psihic și somatic, prezintă un interes deosebit, nu atât fascinanta lume a interpretării mesajului muzical și nici chiar infinitele posibilități de ameliorare a suferințelor psihice prin muzică, ci în primul rând, răsunetul acestuia asupra activității Simei (viața somato-viscerală). Însă ei va trebui să nu omită nici un moment faptul că răsunetul psihosomatic al muzicii depinde într-un mod - direct sau indirect, analog sau aleator - de ceea ce "se întâmplă" la nivelul experienței intelectual-afective a subiectului, în timpul audiției muzicale.

Considerăm că, în primul rând, este necesar să menționăm cele două niveluri de comunicare pe care le oferă muzica: cel non-verbal (sau infraverbal) - muzica "pur" instrumentală și cel verbal - muzica vocală (amplificare explicată prin limbaj verbal, a mesajelor transmise de muzica "pură").

În fiecare din cele două niveluri de comunicare, faptul că muzica - lipsită de cuvinte - are "înțelesurile" ei (subtile, adesea), obligă la o decodificare grevată de multe "riscuri" în corectitudinea recepționării mesajului. Ele sunt legate de caracteristicile muzicii (inclusiv ale autorului ei), dar și de cele ale ascultătorului, precum și de o serie de factori conjuncturali extrem de variați. "Riscurile" de care am pomenit pot constitui sursa unor interesante și pline de farmec excursii în imaginar, din partea ascultătorilor (sporite și de factorii conjuncturali, precum și de lipsa unui înțeles pe care muzica vocală și cea instrumentală "cu program" îl dau în operele respective).

Cu sau fără "aventură în imaginar", muzica prezintă două categorii de mesaje: apollinic (inducând o stare de relaxare) și dionisiac (caracter stimulant, mergând până la angrenarea unor expresii corporale, culminând cu dansul). Toate aceste stări emoționale, ca și ideile sugerate de muzică sunt trăite la nivelul experienței psihice a subiectului și repercutate prin intermediul relațiilor cortico-somato-viscerale, asupra activității aparatului locomotor și a organelor interne (prin antrenarea sistemelor reglatorii psiho-neuro-endocrino-vegetative și, încă insuficient precizată în domeniul muzicii și a sistemului imun).

Sistemul limbic, constituie - după Ruch - sediul integrării experienței psihice "transmise organelor interne prin conexiunile sale cu lobul frontal, relațiile cu talamusul (considerat ca "sediul al trăirii subiective") și cu hipotalamusul (considerat "creierul vegetativ", deci reglator al activității organelor interne).

Referitor la emoțiile care acompaniază, de regulă, perceperea muzicii, se cuvine să menționăm câteva teorii referitoare la mecanismele lor de formare: teoria "cortico-talamică" a lui Papez, care indică sediul cortical - ce prelucrează informația într-o varietate de forme - și talamic, al trăirilor subiective, și teoria "activatoare" a lui Arnold, ce se bazează pe indicarea Sistemului Reticulat Activator Ascendent (SRAA), ca sediu al amplificării, ca într-o avalanșă, a emoțiilor, pe baza particularităților morfologice ale SRAA și anume existența unui circuit neuronal închis.

Nu trebuie uitat nici faptul, demonstrat de Bindra, că structurile neuronale cu rol în emoții sunt "utilizate" și de procesele motivaționale, așa încât relația de influență reciprocă între emoție și motivație în cadrul proceselor psihice umane este reflectată și în planul ascultării, înțelegerii și îndrăgirii muzicii de către orice meloman. Acest aspect de ordin neurofiziologic și psihologic poate constitui o explicație și pentru efectul analog drogului pe care îl are muzica pentru unii dintre iubitorii ei.

2. Caracterizare generală a efectelor psihologice ale muzicii

Pentru a înțelege efectele muzicii asupra activității corporale este necesară o trecere în revistă sumară a celor mai generale aspecte ale impactului muzicii asupra psihicului ascultătorului.

Vom omite în mod intenționat efectul muzicii asupra celui care o interpretează (în ansamblu, mai benefic decât la ascultătorul pasiv) deoarece obiectivul final al întregii prezentări a impactului psihosomatic este acela al utilizării tuturor particularităților în care are loc acest impact, în folosul aplicării unei muzicoterapii optime - dar de regulă pasive - și fără adaosul unor efecte adiționale "secundare" (neindicate sau contraindicate la unii subiecți și în unele stadii).

Așadar, la o primă apreciere a ansamblului de idei și sentimente pe care, în mod evident, le produce muzica asupra ascultătorului este suficient să amintim remarcă lui Ribot (cit. de Verdeau-Paillès și colab. 1995, p. 97) "Ea creează dispoziții, ce depind de starea organică a activității nervoase și pe

care noi le traducem în termeni vagi ca bucurie, tristețe, tandrețe, seninătate, neliniște. Pe această canava inteligența brodează în funcție de natura diferiților indivizi." Noi am adăuga, referitor la aspectul de ordin intelectual al muzicii, faptul că omul are tendința de a decodifica sensurile muzicii (sugerate sau nu de compozitor) acționând pe baza unui izomorfism al elementelor muzicii ascultate. Așa de exemplu, cunoscutul Andante din Simfonia a V-a de Beethoven, prin tempoul său asemănător mersului liniștit, ca și prin "ascensiunea" melodică, poate să ne sugereze un urcuș, încununat - prin acordurile în fortissimo ale orchestrei - cu biruința ajungerii pe culme (umbrită din când în când de îndoiala strecurată de un motiv în tonalitate minoră).

Evaluările în plan intelectual (căutate atent - în cadrul ascultării de "tip intelectual" a muzicii sau "fluctuant" într-o liberă și multiplă asociație de idei - în cadrul asaltării "evocatoare") au întotdeauna un corespondent afectiv pregnant exprimat și conștientizat de ascultător, inducând stări emoționale persistente, și după încetarea audierii muzicii.

După autori ca Spingte și Droh, (1992), Segenwald (1995) și Verdeau-Paillès și col. (1995), putem grupa efectele psihologice globale ale muzicii în următoarele categorii (cu interferențe frecvente), detaliind - prin exemplificări - clasificarea efectelor muzicii din capitolul precedent.

1. Relaxare psihică, având următoarele variante cu implicații comportamentale:

- catharsis (scăderea marcată a tensiunii emoționale), incluzând defularea și posibila apariție a extazului;
- sedare (favorizând instalarea somnului, în unele cazuri);
- euforie (generată, uneori compensator față de dispariția rapidă a conținutului afectiv negativ).

2. Stimulare psihică:

- creșterea randamentului cognitiv (memorie și ideeție);
- euforie (aici se încadrează și muzica rock și corespondențele ei creatoare de euforie în mod facil, prin dezinhibiția produsă de ritmica pregnantă, intensitatea sonoră brutală și asperitatea timbrului instrumentelor "electrice" sau "electronice" folosite);
- creșterea încrederii în sine;
- stimularea voinței și inițiativei.

3. Comunicare interumană, având un caracter infraverbal, bogat în elemente sugestive, fapt constatat în special în cazul execuțiilor colective a unor piese muzicale (exemplu în cvartet), dar și un caracter verbal (muzica vocală) ce explică sau accentuează, cu ajutorul textului, ideile și sentimentele vehiculate de muzica instrumentală. În cazul participării active la muzică, de exemplu cântatul în cor, comunicarea este maximă.

4. Scăderea pragului durerii și modificarea excitabilității psihomotorii

Încă din antichitate, efectul analgetic al muzicii era utilizat în practica medicală, existând mărturii despre un medic grec Athenaops, care trata lombalgiiile și/sau sciatica prin utilizarea sunetului de flaut, instrument ce

intona o melodie ritmică exact "deasupra locului durerii", realizând ceea ce s-ar putea numi o veritabilă "acupunctură muzicală" (Luban Plozza și colab. 1988).

Mai târziu, exista obiceiul de a se efectua extracții dentare în piețe publice, în zilele "de târg", de către "extractorii de dinți" care utilizau trompeta și tobele ce intonau o muzică bine ritmată și de mare intensitate sonoră, al cărui efect asupra pacientului era acela de a-i atenua durerea din timpul extracției (posibil și un efect "direct" asupra pragului senzorial al durerii, sau indirect prin procesul de excitație brutală corticală imediată, cu inhibiția zonelor adiacente legate și de percepția durerii).

În sfârșit este citat (tot în Luban Plozza și colab. - Musik und Psyche - 1988) și exemplul medicului John Butcher care utiliza scurte melodii, cu cuvinte, pentru pacientele sale, în timpul travaliului obstetrical, obținând un efect analgetic.

În zilele noastre, Spingte și Droh (1992) citează rezultatele unor studii efectuate de către Schapiro și Cohen pe 500 femei supuse curetajului uterin, dintre care 142 au ascultat la cască muzică (clasică, disco sau country), afirmând - în 82% din cazuri - dispariția completă a durerilor (fapt ce s-a realizat numai la 57% dintre cele care au primit, ca anestezic, Methoxyfluran). Toate aceste efecte analgezice ale muzicii îndreptățesc termenul propus de Diamond (în 1981) de "muzicoanestezie". □

3. Efectul de modificare a excitabilității psihomotorii

Este relatat tot de către Spingte și Droh, cu următoarele precizări (a se vedea și pragraful consacrat modificărilor musculaturii sub efectul muzicii anxiolitice):

- scăderea neliniștii motorii;
- scăderea tonusului muscular;
- diminuarea sau dispariția crampelor musculare.

Efectele excitante asupra tonusului muscular, induse de o muzică stimulantă (ritm, intensitate sonoră) vor fi prezentate la același paragraf menționat.

Reacțiile la muzică, descrise mai sus și situate în sfera proceselor psihice, prezintă un impact psihosomatic, modificând în grade variate activitatea somato-viscerală prin intermediul releelor integrative neuro-endocrino-vegetative.

B. Mecanisme psiho-neuro-endocrine implicate

1. Localizări cerebrale ale funcțiilor muzicii

Demn de interes și deloc surprinzător având în vedere activitatea de cercetare a Fundației Muzicale întemeiate la Salzburg de către marele dirijor Herbert von Karajan - este că acest muzician de geniu (și, totuși, nu un medic psihosomatician) definește muzica drept "o realitate atotcuprinzătoare

(totală) trăită, atât în plan fizic, cât și în cel psihic", indicând - în continuarea aprecierilor sale despre muzică - faptul că, pe lângă posibilitățile de a o cunoaște prin reflecție, mai este posibilă "studierea ei în contextul unității psihosomatice a individului" (din prefața lucrării "La troisième oreille et la pensée musicale" de Jacqueline Verdeau-Paillès, B. Luban-Plozza et M. Delli Ponti, ed. Fuzeau, Paris 1995).

În acest context al psihosomaticii, baza neuro-morfo-fiziologică a explicării influenței muzicii asupra activității somato-viscerale a individului, supus audiției muzicii, este furnizată de către celebrul neurochirurg J. Eccles, laureat al Premiului Nobel: "Actualmente este posibil, datorită unor tehnici foarte sofisticate (tomografice, cu emisie de pozitroni*, potențiale evocate) să se demonstreze că, până și simplul fapt de a recunoaște un ritm muzical, antrenează o creștere a activității emisferei cerebrale drepte**, la nivelul ariei simetrice față de cea în care își au sediul, în emisfera stângă, funcțiile limbajului. Din această arie de localizare a funcțiilor muzicale în emisfera dreaptă pleacă o serie de căi nervoase ce ajung în sistemul limbic și hipotalamus, la baza encefalului; ele sunt foarte mult implicate în producerea "armonicilor (în sens de rezonanță afectivă n. trad.) emoționale" asociate muzicii. Dar eu emit și ipoteza că experiența muzicală survine atunci când are loc activarea lobilor prefrontali care stau la originea fenomenelor psihosomatice".

Pentru înțelegerea efectelor evidente ale ritmului muzical asupra diverselor funcții somatice este suficient să amintim că la nivelul sistemului limbic, adevărat "creier visceral", are loc integrarea emotivo-instinctivo-comportamentală cu elementele bioritmice care acompaniază componentele acestui complex.

Conexiunile sistemului limbic cu hipotalamusul implică influențe și asupra unor funcții coordonate de către acestea - inclusiv prin reglarea unor ritmuri biologice fundamentale precum temperatura corpului, activitatea corticosuprarenalei, ciclul veghe-somn ca și activitatea ritmică a centrilor respiratori și cardiaci (Luban-Plozza, Verdeau-Paillès -1994). Este ușor de înțeles cum acordarea acestui "orologiu biologic", reprezentat de ansamblul funcțiilor biologice menționate (dar și de altele, neenumerate), cu ritmul muzicii ascultate, poate să genereze o varietate de influențe, în ultimă instanță ale ritmului muzicii, asupra activității organelor interne, ca și a altor componente somatice (tonusul muscular, de ex.). În plus, așa cum argumentează Sergi (cit. la pg. 97 - "La troisième oreille") datorită apropierii localizării nucleilor acustici și vagali, stimulii acustici muzicali pot acționa asupra respirației și circulației, fiind implicați în apariția memoriei muzicale. După cum se va vedea, și alte elemente structurale de bază ale muzicii (intensitatea,

* Prin această metodă se evidențiază zonele cerebrale care devin active sub acțiunea diversilor excitanți vizuali, acustici, inclusiv cei cu conținut verbal (v. Eberhard-Metzger)

**La japonezi, datorită particularităților fonetice ale limbajului și construcției muzicii lor, localizarea "centrului muzical" este în emisfera cerebrală stângă (n. trad.)

acordurile consonante sau disonante, melodia și, mai ales, timbrul sonor) exercită influențe directe (prin conexiunile căilor senzoriale acustice cu sistemul limbic) sau indirect - prin intermediul unor reacții emoționale provocate de fiecare din aceste componente (dar prin efectul de ansamblu al muzicii) asupra sistemului limbic. Nu trebuie omise nici influențele unor factori de "montaj" afectiv-ideativ, legate de contextul audiției, ca și de unele trăsături psihologice ale ascultătorului (având implicații în receptivitatea sa - crescută sau scăzută - pentru muzica ce i se prezintă). Toate aceste influențe, prin mecanismele reglatoare (sau dereglatoare cortico-limbice) converg, în ultimă instanță tot la nivelul acestei "plăci turnante a relației psihosomatice" (Duret) care este sistemul limbic.

2. Relații posibile cu eustresul și distresul

Există deja date în literatură care etichetează diferitele creșteri sau scăderi ale concentrației diversilor hormoni, studiați în cursul unei audiții muzicale, drept "hormoni de stres".

Această formulare parțial justificată ne obligă să analizăm reacția globală (psihosomatică) a organismului uman, declanșată de ascultarea muzicii, din punctul de vedere al atributelor stresului psihic pe care unul dintre noi l-a definit drept "o reacție adaptativă a întregului organism constituită de exacerbarea - dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice - a unor procese psihice și a corelatelor somato-viscerale ale acestora sub acțiunea unor stimuli declanșanți cu semnificație pozitivă - benefică (eustres) sau negativă nocivă (distres) pentru individul respectiv" (Iamandescu -1996).

După cum se poate observa, există "din start" posibilitatea ca muzica să declanșeze două categorii opuse de stres, în legătură cu plăcerea, mergând până la extaz (eustres) și cu plictiseala, mergând până la agasare sau chiar anxietate sau furie (distres). În realitate, chiar și între aceste stări afective extreme, există o gamă largă de trăiri emoționale intermediare care - ceea ce este cel mai important pentru studierea efectelor psihosomatice ale muzicii - se însoțesc de variate modificări ale funcțiilor diverselor organe și aparate, desemnate sub numele de "corelate somato-viscerale ale emoțiilor" (Iamandescu -1993).

Aceste emoții pozitive sau negative pot să atingă sau nu intensitatea stresului, deși aspirația oricărui meloman este aceea de obținere a unui eustres, atunci când ascultă o muzică, fie cunoscută și pentru care prezintă o atracție puternică, fie necunoscută dar care să îi suscite un viu interes sau care să-l poată "surprinde" în mod "violent" prin valoarea ei deosebită pe care - justificat sau nu - acest iubitor i-o conferă.

Între aceste fațete opuse ale stresului (datorită semnificației stimulilor psihici) există așa cum s-a arătat mai sus "trăiri emoționale intermediare", adică acele emoții (mai degrabă stări de dispoziție), de intensitate mai redusă decât efectele, ce întrunesc atributele stresului. În plan terapeutic ele prezintă un interes deosebit la bolnavii care nu tolerează oscilații emoționale intense, fie ele și din categoria eustresului. Așa de exemplu un bolnav cu

antecedente recente de infarct miocardic relatează următoarele: "trompeta din muzica barocă mă eliberează, pur și simplu, de durerea din regiunea inimii, tonalitățile joase și surde ale instrumentelor de percuție, în schimb, îmi produc frică, mai ales dacă ele au o cadență apropiată de cea a bătăilor inimii" (Delli Ponti și Luban Plozza - 1987).

3. Reacția endocrină în cursul ascultării muzicii

a) Hormonii implicați în reacția de eustres provocată de audiția muzicală

Referitor la datele din literatură care încearcă să desemneze muzica aleasă spre a induce un eustres ascultătorului, se pare că cea scrisă de Mozart întrunește cele mai multe aprecieri. Desigur, opera oricărui dintre geniiile muzicii - Bach, Beethoven, Haydn, Schubert, Brahms, Wagner ș.a.m.d. - poate produce, în mod efectiv, un eustres ascultătorului, avizat sau nu, iar acesta din urmă va include ulterior pe compozitorul respectiv printre sursele sale generatoare, "în mod garantat", de eustres.

Din punct de vedere al hormonilor considerați ca markeri ai eustresului (în cadrul unui model neuro-endocrin al acestei reacții, încă departe de o descriere măcar aproximativă), au fost evidențiate creșteri ale endorfinelor și ale catecolaminelor.

- Endorfinele au fost invocate ca "hormoni ai muzicii" datorită acțiunii lor "morphine-like" (efect analgezic și euforizant), mai ales că, pentru mulți ascultători, muzica constituie o sursă de euforie, mergând până la extaz. Evers a demonstrat pe o grupă de studenți (în 1994) blocarea efectului plăcut, euforizant al muzicii prin administrarea prealabilă audiției muzicale a Naloxonului (cunoscut blocant al morfinei, deci și al endorfinelor).

Această constatare experimentală, fără posibilitate de tăgadă în ceea ce privește implicarea endorfinelor în producerea senzațiilor plăcute de către audierea muzicii, vine în contradicție cu datele din literatura ceva mai veche, prezentate de Spingie și Droh în 1984. Astfel - referitor la modificările unor hormoni de stres survenite sub efectul "muzicii anxio-algolitice", studiate la gravide în cursul travaliului - autorii au găsit aceste valori scăzute ale β -endorfinelor, ca și ale altor hormoni de stres (cortizolul, prolactina, catecolaminele etc.). În afara unor posibile artefacte (în urmă cu 15 ani), există și varianta interpretativă a unei acțiuni anxiolitice a muzicii, cu "efect inhibitor" asupra secreției unor endorfine - crescute "solidar" cu ceilalți hormoni de stres, în cursul travaliului obstetrical.

- Catecolaminele

La fel ca și endorfinele, ele au fost găsite crescute (în special adrenalina) mai ales la ascultătorii de muzică rock, știut fiind că această muzică este bogată în elemente care declanșează reacții de alarmă: intensitate sonoră crescută, ritm accelerat, zgomote cu caracter de semnal (percuție, disonanțe) (Verle și Bell - 1993). Acești autori consideră că una dintre cele mai puternice eliberări de adrenalină este răspunsul de tip "fight or flight" (atac sau fugă), indus de muzica discordantă în ceea ce privește ritmul și corzile ei (chitarele electronice).

b) Hormonii de stres, sub acțiunea unei muzici anxiolitice (Spingte și Droh -1992)

Citând datele unor autori japonezi consacrate studierii efectelor relaxante ale muzicii în cursul anesteziei epidurale sau la bolnavii stomatologici (Tanioka, Oyama, Sato etc.), Spingte și Droh prezintă un tabel din care rezultă efectul de scădere a unor hormoni de stres, precum: ACTH, Cortizolul, Prolactina și β -endorfinele (cu rezerva noastră asupra acestora din urmă).

Este extrem de probabil că audiția unei lucrări muzicale, cu efect relaxant în cursul unui stres, poate contribui la scăderea nivelului plasmatic al hormonilor de stres menționați, precum și al altora.

La subiectul normal, în momentele de liniște - indiferent de starea de dispoziție (bună sau "neutră"), este foarte posibil ca muzica să aibă alte efecte asupra "constelației endocrine", neabordate sau neclarificate încă într-un cadru experimental.

Cercetări personale (Iamandescu și colab. 1994-1997) au evidențiat inducerea unor veritabile efecte (pozitive - bucurie și, mai ales, negative - groază) prin ascultarea unor fragmente muzicale contrastante și însoțite de corelate somato-viscerale corespunzătoare (senzație de căldură pentru emoțiile pozitive și de frig + încordare + palpitații pentru cele negative).

Aceste trăiri în planul afectivității și al reacțiilor corporale au desigur și o exprimare în plan hormonal, pe care lucrările viitoare vor încerca să o decifreze.

Cel mai important apare faptul că hormonii (în configurația calitativă și cantitativă sub care sunt eliberați la audierea muzicii) își exercită influența lor specifică asupra organelor și aparatelor organismului uman, a căror activitate o modelează, cel mai adesea, favorabil (în special în eustres) dar, uneori, și nefavorabil (în cazul distresului produs de o muzică neagreată dar și al unor acțiuni excesive cu particularități conjuncturale nocive. Nu trebuie omisă nici situația incertă (eustres trecând în stres) a audițiilor colective în cadrul concertelor de pop-rock, atunci când reacțiile dezlănțuite ale auditorilor - conjugate în mod nefast cu efectul fiziologic nociv al timbrului instrumental și numărul uriaș de decibeli - pot avea efecte negative în planul modificărilor parametrilor somatici ai organismului.

C. MODIFICĂRI SOMATO-VISCERALE INDUSE DE MUZICĂ ASUPRA ASCULTĂTORULUI

Includem astfel manifestările referitoare la expresia corporală a muzicii (Verdeau-Paillès -1994) - ca element asociat, în plan somatic, a modificărilor psihice induse de muzică, precum și răsunetul visceral al acesteia.

Am eliminat în mod intenționat termenul de audiere a muzicii (implicând o concentrare voluntară a atenției, consecventă - ca în tipul de audiție intelectuală - sau fluctuantă, ca în tipul de audiție afectivă, relaxantă) deoarece există nenumărate situații în care muzica poate constitui un fundal sonor cu care, involuntar, venim în contact. Așa se întâmplă, în cazul unor bune intenții ale

celor ce o pun în acțiune - la locul de muncă, în magazine, în parcuri, etc. - dar și în situațiile când, fortuit, suntem obligați să-i suportăm efectele nedorite (de exemplu orchestrele de restaurant în stațiunile de pe litoral, ori muzica țigănească difuzată "cu forță și perseverență" la petrecerile de cartier sau în unele localuri periferice).

Contactul inevitabil, chiar cu o muzică bună și agreată, poate avea - în plus față de emoția estetică declanșată - efecte nocive, generate de depășirea unor parametri sonori cum sunt: intensitatea (peste 65 dB), disonanțele excesive (muzica modernă), ritmul obsedant de monoton, frecvențele modificări de ritm (se citează "Ragtime" de Strawinski, cu o structură ritmică variabilă ce induce o stare emoțională extrem de fluctuantă - între solitudine și angoasă și senzația de pace sau bucurie) și, nu în ultimul rând, de preferințele muzicale și starea de moment a ascultătorului.

Încercând o prezentare didactică a acestor modificări, vom analiza succesiv reacțiile diferitelor organe și aparate, evaluate pe baza datelor de observație (sau de introspecție), continuând cu determinarea pulsului, tensiunii arteriale și a numărului de respirații, și terminând cu metode din ce în ce mai sofisticate: reflexul psiho-galvanic, ECG, EMG, termografie, tomografia prin emisie de pozitroni, dozări ale hormonilor de stres.

1. Tegumentele

a) Modificări vasomotorii

Au fost studiate pe baza modificărilor autoanalizate de către subiecții sănătoși (Iamandescu și colab., 1994-1997) sau de către bolnavii psihosomatici (Iamandescu - 1996 și Antonescu Doina - 1997) în cursul audierii unor fragmente muzicale wagneriene contrastante (Muzicotest W, elaborat de Iamandescu 1994).

Corelate cu stările afective polare produse de audierea celor două fragmente menționate în paragraful anterior, au fost înregistrate senzații de căldură (vasodilatație) și respectiv, de frig, mergând până la "piele de găină" (vasoconstricție + piloerecție). Experimental modificările vasomotorii mai sunt studiate și cu ajutorul metodei pletismografice.

b) Modificările secreției sudorale

În cursul audierii unor piese muzicale "anxiolitice" (Spingte și Droh) are loc o scădere a secreției sudoripare, tradusă printr-o scădere a intensității curentului psihogalvanometrului (micșorarea secreției catecolaminelor).

Există, însă, analog modificărilor vasomotorii opuse descrise mai sus, posibilitatea unei secreții crescute de catecolamine, în cazul muzicii cu efect excitant (ca de exemplu muzica Disco), sau cu elemente având valoarea de semnal (ritm accentuat, obsedant, ca în Bolero-ul lui Ravel sau tempouri accelerate ori acorduri cu caracter disonant sau în tonalitate minoră, sugerând o atmosferă lugubră, așa cum este cazul cu fragmentul wagnerian "Hagen, Schlafst du mein Sohn" din "Amurgul Zeilor", utilizat în Muzicotest).

În aceste situații are loc o creștere a secreției sudoripare corelată cu senzația de frig, acuzată de unii subiecți în cursul audierii fragmentului menționat.

2. Aparatul locomotor

Se știe că o muzică antrenantă sau un marș ne incită adesea la dans ori la baterea măsurii. O muzică excitantă, "in tempo" rapid induce o creștere a tonusului muscular, în timp ce o muzică lentă, discretă, îl reduce.

3. Aparatul respirator

Influența muzicii asupra frecvenței și profunzimii respirației este extrem de variată, fiind de domeniul evidenței atât accelerarea respirației la ascultarea unui marș ori a unei piese ritmice de muzică ușoară, ca și "ținerea respirației" în anumite momente ale desfășurării discursului muzical, urmată de un suspin profund (uneori și de un căscat involuntar de diferite cauze, inclusiv după o concentrare prelungită în urmărirea unei piese muzicale interesante). Înregistrarea numărului de respirații constituie un parametru obișnuit în obiectivarea modificărilor fiziologice induse de audierea muzicii. Există un acord unanim, referitor la dependența modificărilor respiratorii de calitatea muzicii.

4. Aparatul cardiovascular

Frecvența cardiacă (pulsul) reprezintă poate, cel mai utilizat mijloc de apreciere a influenței asupra funcțiilor somatice, exercitată de către muzică, existând în acest sens o premisă indubitabilă, aceea că orice proces psihic (inclusiv cele generate de muzică) se oglindește în modificările de ritm ale inimii, organ ce constituie un adevărat seismograf al stărilor sufletești în limba română există o adevărată recunoaștere etimologică a acestei realități, "cordul" anatomic fiind denumit în limbajul comun „inimă”, cuvânt derivat din latinescul anima = suflet). Și în cazul fiziologiei aparatului cardiovascular, distingem efecte opuse, exercitate de ascultarea muzicii.

a) Efectele unei muzici relaxante

După datele centralizate de Spingte și Droh, sub efectul muzicii anxiolitice au loc următoarele modificări:

- scăderea frecvenței cardiace;
- scăderea tensiunii arteriale;
- acțiune antiaritmică.

b) Efectele unei muzici dinamice, "strălucitoare"

Sunt inverse celor de mai sus, existând înregistrări ale TA și pulsului (inclusiv sfigmograma) în timpul audiției unei muzici cu tempo rapid sau acompaniată de tobe, în care - pe lângă creșterea frecvenței pulsului și a tensiunii arteriale - are loc o diminuare a amplitudinii pulsului (autori citați de Spingte și Droh).

5. Aparatul digestiv

Spingte și Droh (1992), ca și Sengewald - 1995 - nu menționează aparatul digestiv în tabelele referitoare la influența muzicii asupra funcțiilor somatice. Totuși, există date experimentale mai vechi care evidențiază efectul benefic

al muzicii lui Mozart asupra bolnavilor cu hiperclorhidrie gastrică (în genere ulceroși), cărora le normalizează secreția acidă (Demleng cit. de Luban Plozza și colab. - 1988). Fiind vorba despre "Mica Serenadă", nu se poate totuși afirma că alte compoziții mozartiene, emanând o atmosferă complet diferită (de exemplu concertele pentru pian în do minor și re minor sau unele pasaje din Requiem) ar putea avea un efect opus, după cum nu este exclus nici faptul că, și muzica altor compozitori (Schubert, Bach sau Mendelssohn-Bartholdy, de exemplu) ar putea avea - prin intermediul eustresului - un efect asemănător.

6. Aparatul excretor

Este de asemenea sărac reprezentat în literatură, în lucrarea de față neputându-se cita rezultate interesante.

7. Modificările metabolice

Au fost studiate mai puțin, iar apariția lor a fost legată pe bună dreptate de modificările neuro-vegetative produse de către muzică. Parametrul cel mai ușor de studiat a fost glicemia, ale cărei valori, crescute la audierea unei muzici rapide, de intensitate crescută, au fost interpretate ca fiind un marker al creșterii catecolaminelor, în timp ce o muzică lentă și "discretă" scade nivelul glicemiei (Sengwald).

D. VARIANTE ALE IMPACTULUI PSIHOSOMATIC AL MUZICII ÎN FUNCTIE DE PERSONALITATE ȘI STAREA DE SĂNĂTATE A ASCULTĂTORULUI

Referitor la intensitatea și polimorfismul manifestărilor somato-viscerale induse de ascultarea muzicii prin aplicarea "Musicotest-ului W" (Iamandescu 1994) - la subiecții normali dar și la bolnavii psihosomatici, unul dintre noi a obținut - pe baza unor studii personale (Iamandescu I.B. și colab. 1996 și 1997) o serie de rezultate ce pot fi sistematizate astfel:

1. "Somatizarea" (acuze de tip, răceală-căldură, încordare musculară, palpitații, etc.) menționată de către subiecți a fost net dependentă de trăirile ideational afective ale acestora. Astfel, la ascultarea unui pasaj din muzica wagneriană (Götterdämmerung), cu caracter sumbru, majoritatea subiecților au indicat grade diverse de anxietate ce s-au corelat cu tulburări vasomotorii, de tipul senzației de frig (până la frison) și cu încordarea musculară intensă. Dar la ascultarea celui alt pasaj wagnerian - liric, visător - aceiași subiecți au indicat apariția unor stări afective pozitive (liniște, visare) ce s-au corelat cu o senzație de căldură difuză și de relaxare musculară (Iamandescu - 1994).

2. Aprecierea indicilor de somatizare globală (totalul "simptomelor" somatice "acuzate" de subiecți la audierea muzicii) a condus la concluzia că aceștia au fost mai mult crescuți după ascultarea fragmentului anxiogen

deși majoritatea subiecților cu astfel de acuze au apreciat favorabil calitatea muzicii ascultate (ibidem).

3. Referitor la **tipul de personalitate al ascultătorului și gradul de somatizare** la audierea acelorași fragmente muzicale (în colaborare cu O. Popa-Velea și Daniela Popa - 1996) s-a evidențiat nivelul maxim al somatizării la subiecții cu cote înalte la scala impulsivitate" (testul Vitrail, de E. Morin, varianta Caillé).

4. **Bolnavii psihosomatici** (astmatici, ulcerosi, hipertensivi - studiați de Iamandescu și Doina Antonescu - 1997) reacționează mai intens în raport cu subiecții sănătoși, atât în planul trăirii ideational-afective, cât și în cel al somatizării. Am interpretat aceste rezultate ca fiind expresia unei posibile corelații între vulnerabilitatea la stres a bolnavilor psihosomatici și o anume acuitate senzorială crescută a acestora, ca și un nivel mai înalt al proceselor lor intelectuale.

Desigur că sunt necesare multe studii cu privire la individualitatea răspunsului ascultătorului - în plan psihic și somatic - la audierea muzicii. Ne gândim, în primul rând, la variantele tipurilor de personalitate "altoite" de o posibilă educație muzicală dar și la multitudinea bolilor, între care cele psihice sau psihosomatice dominate de durere, etc. pot induce o receptivitate particulară față de acțiunea muzicii.

E. MODIFICĂRILE PRODUSE DE MUZICĂ ASUPRA INTERPREȚILOR, ÎN CURSUL EXECUȚIEI MUZICALE

Este lipsită de orice îndoială supoziția că efectele psiho-fiziologice ale muzicii sunt cu mult mai puternice în cazul participării active la execuția muzicală, în cazul interpreților, mai ales al acelora dintr-o orchestră, care suferă o influență a muzicii mult amplificată de interpretarea celorlalți orchestranți. (Fuhrmeister și Wiesenhutter - 1973).

Încercând să analizeze variația impactului psihosomatic asupra interpreților dintr-o orchestră, funcție de stilul compozitorilor muzicii interpretate, autorii de mai sus au studiat 254 de muzicieni, aparținând la 3 orchestre, care au interpretat: A = 74% din lucrări cu muzică simfonică modernă, B = 37% același tip de muzică și C = fără interpretarea muzicii simfonice contemporane.

În raport cu această din urmă orchestră (C), la muzicienii componenți ai orchestrei A (ce au interpretat muzica simfonică contemporană) au apărut mult mai frecvent:

- tulburări de somn, cefalee și otalgii, nervozitate (irascibilitate, virulență) sau stări depresive;
- epigastralgii, grețuri, diaree;
- palpații și alte tulburări cardiace.

Compozitorii cel mai frecvent interpretați de orchestra A au fost: Stockhausen, Boulez, Penderecki, Nilson, Strawinski.

În perspectivă, există deja în desfășurare în România un studiu (inițiat de Iamandescu, Dima și colab.) referitor la patologia acuzată de membrii unei formații simfonice și la opiniile acestor muzicieni referitoare la unele condiții specifice inductoare de stres psihic profesional.

F. FACTORI DEPENDENȚI DE STRUCTURA MUZICII CARE MODELEAZĂ IMPACTUL EI PSIHOSOMATIC

S-a stabilit în mod experimental că diferitele variabile ale structurii muzicii ascultate exercită o influență directă, per se, asupra funcțiilor fiziologice, independent de satisfacțiile sau insatisfacțiile estetice ale ascultătorului (Burckhardt Schmidt - 1985).

1. Caracteristicile melodiei

Polaritatea răsunetului melodiei în plan afectiv (pozitivă sau negativă) este legată de proprietățile melodiei care - după aceste reacții emoționale ale ascultătorului - este definită ca: "veselă", "tristă" dar și în alte ipostaze: solemnă (coralurile, imnurile, missele), mobilizatoare (marșurile - dar în acest caz ritmul este implicat cel mai mult), etc.

2. Ritmul muzicii

A fost cel mai îndelung studiat, datorită accesibilității observării sale însă și datorită legăturilor pe care le are cu diferitele bioritmuri ale ascultătorului, în primul rând cu cele două frecvențe fundamentale - cardiacă și respiratorie.

Încercând o sistematizare a datelor despre influența ritmului muzical asupra activității somato-viscerale (influență intermediată de activitatea sistemului neuro-vegetativ, modificată, și ea, prin celule psiho-neuro-endocrine cu transmisia integrării "reacțiilor" senzorial-ideational-afective la nivelul centrilor vegetativi superiori) - vom distinge următoarele:

a. Există o certă corelație între tempoul muzicii și bioritmurile ascultătorului.

b. Cel mai bine tolerat ritm, concomitent cu o bună cenestezie și având un efect sedativ, este cel corespunzător tempoului andante, cu frecvența egală cu cea a pulsului normal (= 72 b/minut în medie). La acest ritm, cântecul de leagăn, cu o măsură binară, produce apariția somnului la sugar. Ritmul în jur de 80 măsuri/minut a fost și el invocat ca generator de siguranță, încredere, el fiind "fixat" în execuția "Odeii Bucuriei" din Simfonia a IX-a beethoveniană. După acest ritm ("simțit" de noi în mod favorabil) ne putem orienta asupra ritmului (mai rapid sau mai lent) al unei piese muzicale.

c. Orice accelerare a ritmului produce o creștere marcată a valorilor impresiei muzicale dar și o activare a frecvenței respiratorii și cardiace, ca și o creștere a tensiunii arteriale și a rezistenței electrice cutanate (Burckhardt Schmidt - 1985), iar atingerea unor tempouri peste 140 măsuri pe minut este nocivă pentru organism, având un efect independent de trăirea psihică pozitivă a muzicii respective și de genul de muzică utilizată.

d. Alternanțele de ritm

Reprezintă și ele stimuli psihici cu caracter excitant, reflectați în modificările frecvențelor cardio-respiratorii, prin creșteri ale acestora, ca de altfel și în cazul tensiunii arteriale. În plus, pot apare și aritmii cardiace (Merrit-Ullius).

Un experiment ce pune în evidență astfel de modificări este și cel efectuat de Desturis care a obținut la 60 de subiecți - prin introducerea Concertului pentru oboi de Bartok după audierea unui program cu muzică de Bach - o creștere a tensiunii arteriale (valori chiar până la 230 mmHg) și a frecvenței a pulsului, precum și modificări de tip ischemic pe ECG.

Poate fi citat și exemplul, deja prezentat, al lucrării "Ragtime" de Strawinski.

3. Intensitatea muzicii

a. Parametrii intensității sonore

Intensitatea muzicii este cert implicată în generarea unor modificări somato-viscerale, atât printr-un efect mediat de reacția în plan ideational-afectiv a ascultătorului, cât și printr-un efect direct, propagat de la nivelul analizorului acustic - prin numeroase conexiuni - la cel al diverselor organe și aparate.

Această depășire a intensității sonore, în cadrul audiției sau execuției unei lucrări muzicale, este întâlnită în discotecii (cele din Berlin având valori ale intensității între 92 și 111 dB - cf. Ising - 1988, posibil și mai mari, în prezent) dar și în cazul audierii muzicii (în special rock, pop, techno, etc.) la radioreceptoare cu cască (walkman), cu valori între 95-100 dB.

De asemenea unele piese de muzică contemporană (Stockhausen Penderecki, Boulez, etc.) ating valori de 100-130 dB (Marion Schulzke - 1995 cit. de Sengewald).

b. Efecte asupra organismului

Cercetări efectuate asupra zgomotului la locul de muncă au evidențiat o disjunctie a comportamentului în plan psihic și în plan somatic, în cazul zgomotelor cu o intensitate de peste 65 dB. Astfel, în timp ce în plan psihic, survine o acomodare față de zgomot ("obișnuirea" auzului cu atmosfera sonoră respectivă), în planul reactivității neuro-vegetative această acomodare nu se produce, persistând o stare de excitare ce se răsfrânge asupra funcționării organelor interne (Harrer, 1973). Analog, în cazul muzicii, deși se poate ca ascultătorul să fie foarte mulțumit cu stimularea psihică pe care i-o produce intensitatea sonoră a unei piese muzicale (să zicem, de muzică rock sau electroacustică) efectele nocive ale acestei muzici se propagă (Babisch 1985, Marion Schulzke) asupra auzului. În Germania cca 15-20% din tineri sunt hipoacuzici, datorită ascultării frecvente a muzicii "cu mulți decibeli". În afara afectării auzului, muzica "bogată în decibeli" își exercită acțiunea ei nocivă și asupra activității organelor interne, acestea din urmă răspunzând prin următoarele tipuri de reacții, evidențiate de către Scheidt și colab. (1986):

- modificări ale frecvenței cardiace și tensiunii arteriale (cresc);
- creșterea potențialelor musculare, implicat a tonusului muscular;

- tulburarea secreției salivare și gastrice; tulburarea peristalticii gastrice și intestinale;
- creșteri ale glicemiei alternând cu scurte faze hipoglicemice;
- diminuarea numărului de eritrocite și leucocite;
- scăderea capacității de efort. ,

4. Timbrul muzicii

Desigur că, cel mai adesea, în cazul muzicii interpretate de orchestră - în afara solo-urilor instrumentale - este vorba de o asociere a timbrului diverselor instrumente, conferind piesei ascultate un rafinament armonico-timbral, apreciat de ascultător.

Din acest motiv constatările ce urmează a fi înfățișate prezintă valoare orientativă, în funcție de ponderea elementului timbral-cromatic în structura muzicii ascultate.

Exemplele au totuși valoarea unor posibile selecții a diverselor fragmente muzicale pentru o muzicoterapie individualizată.

Astfel, instrumentele de coarde (mai ales în cazul muzicii preclasice și clasice) posedă un efect liniștitor asupra psihicului și corpului auditorului dar - nu rareori, de exemplu în introducerea evocând furtuna și pe tot parcursul primului tablou din Walkyrya am remarcat freacăta generator de anxietate al coardelor - în special violoncelele - cu impactul psihosomatic specific acestei stări afective.

5. Tipul de muzică și stilul compozitorului

Întrucât această problemă va fi analizată pe larg într-un alt capitol, vor fi doar sistematizate câteva linii directoare, cu referire la acest "parametru" de bază al structurii muzicii ascultate, de care depinde cel mai mult impactul psihosomatic.

5.1. Impactul psihosomatic al muzicii va fi maxim sau minim în funcție de afinitatea subiectului față de muzica respectivă. Răspunsurile organismului variază între două extreme: eustres (maxim-benefic) și distres (maxim-nociv), în punctul O aflându-se neimplicarea ascultătorului în audiere prin indiferență.

5.2. Chiar dacă nu se implică în audiere, dar suferă involuntar și inerent (muzica anumitor medii comerciale, restaurante în vecinătate, etc.), subiectul este supus (la intensități peste 65 dB) acțiunii zgomotului și, în plus, celorlalte efecte specifice ritmului, timbrului, etc. ale muzicii, exercitate direct asupra funcțiilor organelor interne (cu o minoră implicare a unei reglări psihosomatice prin "perceperea" involuntară și discontinuă în plan psihic a muzicii respective).

Bibliografie

1. Bader J.M. - *Les stress met less neurones a mort*, Science et Vie, 1994, S. 52-59.
2. Bell Verle L., in: *How to conquer the addiction of rock music, institute in basic life principles*, Illinois 1993, 81-85.

3. Eberhard-Hetzger Cl., *Das puzzlespiel der nevronen, in bild der wissenschaft*, nov.94, S.65.
4. Eccles Y., *Gefleitwort pp.9-11 daus "Musik und psyche"* - Luban-Plazza B., Delli Ponti M., Dickhaut H., Bikkhauser Verlag, Basel 1988.
5. Harrer G., *Grundlagen der musik therapie und musik psychologie*, Stuttgart, 1982.
6. Harrer G., *Musik und vegetativum, ciba geigy*, Basel 1973.
7. Huber G., *Esthetique de la musique*, Ed.Gustav Fischer, Stuttgart/New York, 1964.
8. Iamandescu I.N., *Impactul psihosomatic al mesajului muzical*, *Infomedica* 1997, 12, 18-23.
9. Iamandescu I.B., *Musicotest - Tentativă personală de a evalua impactul psihosomatic al mesajului muzical*, *Rev.Roum., Psychol.*, 1997, 41, 1, 75-84.
10. Iamandescu I.B., *Musicotest-Tentativă de evaluare a impactului psihofiziologic al mesajului muzical*. Conferința de Psihiatrie și Ecologie a relațiilor interumane, APCR, sept.1994, București.
11. Iamandescu I.B., Popa-Daniela, Popa-Velea O., *Studiu experimental asupra impactului psihosomatic al mesajului muzical*, *Cong.Naț. I de neuroendocrinologie*, București 27-28.sept.1996.
12. Iamandescu I.B., *Muzica - Element terapeutic antistres*. Simpozion VII de psihoneuroendocrinologie, Brașov, 20-21 iunie, 1997.
13. Iamandescu I.B., Popa-Daniela, Antonescu Doina, *Studiu experimental asupra impactului psihosomatic al mesajului muzical*. Nota III. Aspectele somatizării mesajului muzical la astmatici în afara crizelor. Sinops.VII, *Psihoneuroendocrinologie*, Brașov, 20-21 iunie 1997.
14. Luban-Plazza B., Delli Ponti M., Dickhaut H.H., *Musik und Psyche. Horen mit der seele*, Birkhauser verlag, Basel, 1988.
15. Luban-Plazza B., *Musique-Art. et therapie*, *Rev.Med.Suisse Rom.*, 1994, 114, 373-375.
16. Parhon C., Aslan Ana, Vrăbălescu A., *Acțiunea muzicii asupra circulației și respirației la om*. *Lucr.Ses.Gen.Științif.* 2-12 iunie 1950, Ed.Acad.RPR, București.
17. Popa-Velea O., Popa Daniela, Iamandescu I.B. - *Corelații între somatizarea mesajului muzical și impulsivitatea ca trăsătură de personalitate (studiate prin testul vitraliului Marin)* - Primul Congres Naț. de Neuroendocrinologie, București 27/28 sept.1996.
18. Rotter Gunter, *Elektrische Hautwiderstandsanänderungen als abbild musikalischer strukturen*, *musikpsychologie II/1985*, 139-148.
19. Saletu, Schultes, Grunberger, *Einfluss der Discoszene auf psyche und soma jugendlicher: psychometrische, computer-EEG und physiologische untersuchungen*, *wiener medizinische wochen schrift*, 1982, Nr.6, 137.
20. Schmidt Burkhardt M., *Empirische untersucgung emotionaler wirkungen verschiedener tempi bei Rhythmisch betonter musik*, *Musik psychologie II/1985*, S.157.
21. Scheidt, Jena - *Die extraaurale wirkung von larm - eine literaturubersicht*, *zeitschrift fur larmbekampfung*, *springer verlag* 1986, S. 151-159.
22. Sengewald B., *Grunduberlegung zur wirkungsweise von musik*, *Diplomarbeit*, Darmstadt 1995.
23. Spintge R., Droh R., *Musik-Medizin*, Fischer-Verlag, Stuttgart 1992, S.6
24. Van Deest H., *Heilen mit musik*. Deutscher Taschenbuch Verlag-Thieme, Munchen, Stuttgart 1997.
25. Verdeau-Pailles Jacqueline, Luban-Plazza B., Delli Ponti M. - *La troisieme oreille et la pensee musicale*. Fuzeau, Paris, 1995.

Capitolul 9

DE LA GRUPURILE BALINT LA MODELUL MONTE VERITA - ELEMENTE CONCRETE DE FORMARE PSIHOSOMATICĂ A MEDICULUI

Ina Ionescu

Grupuri Balint

I. Concepte fundamentale

Dintotdeauna profesiunea medicală a presupus nu numai știință și experiență ci și o reală confruntare între cele două personalități complexe, ale medicului practician și pacientului său. Astfel, contactul medic-bolnav generează reacții de transfer și contratransfer ce conferă unicitate fiecărei asemenea relații.

Deși dinamica relației medic-pacient implică mecanisme de protecție și identificare, ce trimit de la trecutul pacientului la trecutul medicului, multă vreme ceea ce astăzi numim Psihologie Medicală, nici nu s-a predat în facultățile de Medicină.

Înțelegând personalitatea în totalitatea laturilor sale, Michael Balint, psihanalist britanic de origine maghiară, reintroduce în atenția studierii acestei dinamici, subiectivitatea, modul particular de interpretare al fiecăruia, rezonanța afectivă la propriile interpretări, reumanizând actul medical și crescându-i eficiența despre care mult timp s-a crezut că este exclusiv legată de medicament.

M.Balint aplică pentru prima oară tehnicile psihanalitice de grup cu medici generaliști și interniști (care au contact permanent cu bolnavul) pentru a-i ajuta să-și exprime problemele de ordin psihologic întâlnite în practica de zi cu zi.

Bolnavul nu mai este considerat un caz. Pacientul are emoții, amintiri, stabilește analogii cu situații trecute, are dorințe inconștiente ce aparțin unor refuzări trecute. La rândul său, medicul trebuie să identifice și să țină seama de dificultățile sale emoționale în înțelegerea atitudinii bolnavului, emoții care se răsfrâng direct asupra acestuia.

Aflat într-o permanentă confruntare cu boala, durerea, moartea, depresia bolnavului, medicul își dezvoltă propriile mecanisme de apărare cum ar fi: izolarea, negarea, sentimentul de culpă, cinismul și răceala afectivă.

Din această cauză M.Balint propune pe lângă reumanizarea relației medic-bolnav, o abordare holistă a pacientului în cadrul medicinei psihosomatice. El consideră drept cheie a activității medicale tocmai relația medic-pacient, o relație analitică ce implică atât o comunicare afectivă aparentă cât și o comunicare la nivelul inconștientului.

Scopul celor mai clasice grupuri Balint, precizat de Ch.Brisset este de a realiza o "psihoterapie profesională" a medicului care să-l lase acestuia intacte vocația specifică și achizițiile tehnice dar în același timp să-i dezvolte capacitatea și investirea emoțională, ceea ce însuși Balint numea "o schimbare limitată dar considerabilă".

Medicul trebuie să știe cine este și să-și cunoască foarte bine limitele.

Metoda Balint clasică reprezintă o deschidere spre ceea ce se petrece inconștient în relația medic-bolnav. Cel care expune un caz își asumă astfel riscul de a se confrunta cu amintirea refulată.

Metoda Balint combină deci reconsiderarea atitudinii medicale cu o incursiune psihanalitică asupra inconștientului relației medic-pacient. Ceea ce se află în centrul atenției este transferul și mai ales contratransferul specific relației, definit de M.Balint ca suma reacțiilor inconștiente ale analistului față de cel analizat și în special față de transferul acestuia, de fapt "interpretarea expresiei inconștientului celui analizat".

Succesul de care se bucură metoda Balint a venit în primul rând din îndeplinirea nevoii și dorinței unor medici generaliști de a-și crește eficiența terapeutică. M.Balint introduce astfel, pentru prima dată, termenul de "medicul ca medicament" referindu-se la efectul terapeutic exercitat de personalitatea medicului.

Între medic și bolnav ar trebui să existe o atmosferă a armoniei primare, favorabilă situației de a fi acceptați și iubiți așa cum suntem, ceea ce va genera securitate, va diminua refularea și va induce "regresia pozitivă", acel punct al unor dezvoltări ulterioare, o "regresie pentru progresie".

O relație ideală ar presupune simpatia și empatia medic-bolnav, intuiția medicului față de boală și bolnav. Schimbarea impusă de abordarea psihosomatică presupune pentru medic învățarea unui nou mod de a trata (trecearea de la medicina centrată pe boală la medicina centrată pe bolnav) și o maturizare trăită în cadrul grupului printr-o succesiune de conștientizări colective.

M.Balint consideră 3 categorii de schimbări survenite la medici:

- schimbare minimă: înțelegerea mai bună a cazurilor și o toleranță crescută dar fără modificări esențiale ale atitudinii
- schimbare definitivă: medicul învață, devine mai flexibil, dezvoltă noi aptitudini
- schimbare definitivă calitativă: își dă seama de greșeli și le poate controla singur.

II. Descrierea metodei Balint clasice

Sub conducerea unui psihanalist sau unui alt medic (psihoterapeut) ce va coordona activitatea, se formează un grup de 10-15 persoane format din medici generaliști evitându-se cuplurile soț-soție pentru a nu transforma ședințele într-o terapie de cuplu.

Grupul se va întâlni de 2-3 ori pe lună pentru a relata pe rând o problemă din cazuistica proprie fiecăruia. Identitatea persoanei al cărei caz este prezentat nu se desconspiră iar cea a medicului care expune va rămâne necunoscută celor din afara grupului Balint.

Membrii grupului se așează în cerc, fără a lăsa locuri libere între ei și este preferabil ca la început să se poarte ecusoane cu numele mic.

Liderul grupului poate rămâne în cercul membrilor sau se poate plasa în afara acestuia având rol de observator și de analiză critică, constructiv-educativă a desfășurării ședinței (dinamică, calitate, etc.).

Liderul realizează sinteza ședinței fără însă a avea voie să intervină în desfășurarea discuției, să dea sugestii sau să pună întrebări.

La prima ședință membrii se prezintă fiecare pe scurt (nume, profesie, loc de muncă, eventual o scurtă caracterizare) fiind preferabil ca liderul să înceapă prezentarea.

După prezentarea membrilor, compoziția grupului nu se va mai schimba, nu se mai permit noi intrări în grup. În cazul în care mai mulți membrii doresc să prezinte un caz într-o ședință, se acordă unuia prioritate în funcție de timpul avut la dispoziție și gravitatea cazului. Dacă nu există nici un caz spre a fi prezentat, liderul va solicita unuia dintre membrii să descrie activitățile sau internările la care a asistat în ziua respectivă.

De regulă, modalitatea relatării indică stilul de lucru al medicului.

Întrebările puse de grup se vor centra asupra relației medic-pacient și nu asupra diagnosticului sau tratamentului evitând eventuale controverse.

Se pune accent pe personalitatea bolnavului, pe problema de fond a celui ce prezintă cazul încercând a se obține atât o imagine corectă a relației cât și o imagine de sine.

O ședință durează în mod obișnuit 60-90 minute. În prima parte se prezintă cazul concret (ideal ar fi 1/3 din ședință), urmează întrebările (1/3 din ședință), dezbaterile (un fel de "brain-storming") și evaluarea realizată de conducătorul grupului.

M. Balint subliniază nu în ultimul rând, dinamica bolnavului, a simptomului și a bolii.

Când medicul evocă o problemă relațională el regăsește practic dinamica acelei relații.

II.1 Disponibilități ale medicului pentru psihoterapia suportivă

În cadrul unei astfel de psihoterapii de susținere, medicul devine pentru pacient un adevărat medicament uneori având efecte similare acestuia asupra simptomelor. Acest efect se datorează în cea mai mare măsură unei bune relaționări medic-pacient.

Pe lângă pregătirea și experiența sa profesională (axată pe stradania lui de a vedea dincolo de caz), un medic trebuie să posede abilități în comunicare și relaționare, disponibilități naturale precum empatia, căldura sufletească și "cea de-a treia ureche" ("urechea sufletului", termen ce ar desemna capacitatea de a descoperi semnificații ascunse în verbalizarea pacienților) și desigur timp pentru pacientul său ("investind minute, economisești ore"- B.Luban-Plozza) . El trebuie să permită în cea mai mare parte din cazuri descărcarea emoțională diminuând astfel anxietatea, eliberând bolnavul de tensiunea psihică creată de noua situație în care se află.

De cele mai multe ori bolnavul nu știe sau nu poate exprima o serie de probleme psihologice, fapt ce crează o stare de frustrare medicului care vrea să-l ajute și intuește existența unor astfel de probleme. El trebuie să identifice dacă anxietatea și depresia sunt cauzate de boală sau sunt trăsături ale personalității pacientului său, să combată anumite conduite maladaptive, să sesizeze esențialul unei probleme medicale și apariția unei probleme psihice (tehnica "Flash").

Printre greșelile medicului în planul relației sale cu pacientul (după Binswanger și Luban-Plozza) amintim:

- timpul prea scurt acordat pacientului se răzbună sub apariția altei tulburări sau boli psihoșomatice, ce pot apare după amendarea primelor simptome
- ignorarea unui complex sau probleme psihice ce reclamă un consult psihologic, și care nesoluționate vor accentua acuzele somatice
- relația impersonală, bolnavul fie îi este indiferent medicului fie i se spune că nu are niciun motiv pentru un consult
- neatenționarea pacientului asupra unor efecte secundare moderate ale medicației, acesta putând să le dramatizeze.

III. Psihodrama Balint

O alternativă la grupurile Balint de tip clasic este psihodrama Balint întemeiată de psihianalista franceză Anne Cain, 1973.

Ca și metoda clasică, psihodrama cu medici se limitează la problemele ivite în practica medicală dar spre deosebire de prima, presupune "rejucaarea" scenelor din viața profesională, în esență, **înlocuirea relatării cu acțiunea**.

Conducătorul grupului nu se mai numește lider ci animator, confruntându-se cu grupul la un moment dat al acțiunii. El este cel care alege o anumită situație, un anumit punct care necesită a fi mai bine definit pentru a fi pus în scenă, urmând ca medicul ce expune cazul să aleagă "actorii" și să distribuie rolurile, să realizeze discursurile și scenariul. Specific psihodramei Balint este și acea "voce off", o replică pe care o va da fiecare participant la grup plasându-se în spatele protagonistului sau celorlalți "actori". Această replică este o reflecție proprie ce apare în mintea participanților în timpul jucării unei scene.

Ideea de a "introduce corpul în discursul terapeutic" înseamnă de fapt a acorda importanță cuvenită comunicării non-verbale. Prin recrearea întregii atmosfere se evidențiază cu ușurință atitudinea, diferitele semnificații ale gesturilor, adevăratele intenții, impactul pe care îl are o reacție asupra celuilalt, indicații sugerate comportamental, retrăirea unei situații la un nivel emoțional inițial trecut neobservat, etc.

Prin povestire și apoi prin joc, ecoul unor astfel de situații stabilește o multiplă relație transferențială între toți participanții determinând ca intensitatea participării emoționale, mai mare decât în metoda Balint clasică, să producă o adevărată revelație.

Modelele Monte Verita și Ascona

După exemplul modelului Balint clasic, B. Luban-Piozza a încercat să lărgască sfera personalului aflat în poziția de îngrijire a bolnavului, introducând în grupele sale de lucru pe lângă medici și psihologi și studenți la medicina precum și asistente medicale.

Modelul Monte Verita se constituie astfel într-o nouă și completă abordare a pacientului permițând atât o analiză responsabilă a bolii cât și o securizare emoțională suplimentară (suport social).

Echipa terapeutică include alături de clinicieni, asistentele medicale precum și familia bolnavului care ajută la o mai bună identificare a cauzelor bolii și a condițiilor de apariție a crizelor. Discuția cu medicul este decisivă dar prezența unui alt membru al echipei poate fi de asemenea deosebit de importantă. Identificarea factorilor declanșatori, uneori mai ușor de realizat de către o persoană din exterior, va diminua anxietatea bolnavului și va permite stabilirea legăturii între stresul psihic și o criză sau un atac de panică.

Astfel, prin cooperarea familiei cu medicul se poate preveni apariția unei crize.

De asemenea, complianța terapeutică va crește datorată întăririi indicațiilor date de medic de către asistente și familie. Pacientul va beneficia de o atmosferă caldă și optimistă, de ajutorul întregii echipe terapeutice. Rolul echipei de terapeuți se evidențiază și în corectarea unor atitudini negative cum ar fi:

- hipercomplanța
- abuzul de medicamente
- corticodependența
- hipocomplanța
- refuzul medicației (efecte secundare, intoleranța)

Biografia pacientului este completată cu date furnizate de familie sau de colegii de muncă (în cazul unor conflicte profesionale), deseori furnizând sursa stresului psihic și informații cu privire la tipul de personalitate al pacientului.

Pentru bolnavul cu tratament de durată sau cu restricții severe, modelul Monte Verita contribuie atât la vindecare cât și la constituirea unui bun echilibru psihic. El se constituie astfel ca o strategie medicală modernă, cu scopul de reumanizare a actului medical, cu accent deosebit pe psihologia pacientului.

În ultimele trei decenii, conceptele lui M. Balint au fost dezvoltate de către B. Luban-Plozza în cadrul activităților desfășurate la Centrul de Documentare Balint, cu sediul la Ascona (Elvetia) care coordonează întâlniri și seminare dedicate prevenirii și tratamentului stres-ului.

Începând cu 1968, la Ascona se reunesc sub egida Secretariatului General al Consiliului Europei, medici clinicieni, psihologi, psihiatrii, studenți, asistenți sociali, încercând să definească o metodă de abordare care să amelioreze relația medic-pacient prin creșterea disponibilității spre auto-reflecție (asumându-și propria realitate) atât în cazul medicului cât și al pacientului.

Conservând esența și finalitatea grupurilor Balint clasice, Modelul Ascona, propune o nouă formă de învățare, cea a artei comunicării, găsirea tonului adecvat fiecărui pacient, precum și identificarea mesajelor non-verbale și a celor somatice. Fiecare bolnav devine în planul relației cu medicul său o experiență în sine, unică și complexă, participând împreună cu membrii familiei sale la o terapie de grup.

Printre subiectele abordate în grup se regăsesc depresia, angoasa, dificultăți relaționale, alcoolismul, tabagismul, corticodependența, drogul, cancerul de sân precum și bolile psihosomatice. Se practică jocul de rol, astfel încât pe parcursul ședinței, în funcție de tema evocată, diferențele dintre specialist și cel analizat dispar.

Bibliografie

1. Cain Anne - *Psihodrama Balint*. Ed. Trei. București 1996.
2. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București, 1997.
3. Iamandescu I. B. *Psychoneuroallergology*, Ed. Romcartezim, București, 1998.
4. Luban-Plozza Borris, Laererach-Hoffmann K., Knaak L., Dickhaut H. H. *Der Arzt als Arznei*, Deutscher, Ärzte-Verlag, 1996.
5. Moldovan Csila, Bela Trif almos, Zielinski Robert-Îndrumător metodologic pentru grupul Balint. Botoșani 1997.
6. Schneider Pierre-Beernard-A *propos de la formation psychologique et psychodynamique des medecins*. Rev. Med., 117, 721-725, 1997.

II. Psihosomatică aplicată

Capitolul 1

ELEMENTE DE PSIHO-SOMATICĂ CARDIOVASCULARĂ

Ioan Bradu Iamandescu

1. Interrelații bidirecționale între factorii psihici și bolile cardiovasculare

Sfera actuală de preocupări a psihosomaticii include la loc de frunte două categorii de probleme:

□ **impactul factorilor psiho-sociali asupra sănătății** individului (în virtutea unor particularități psiho-fiziologice, permeabilizante pentru stress, ale acestuia) și capacitatea lor de a genera fenomene patologice, ca și mecanismele prin care ei acționează;

□ **rezonanța organică (neurologică) și psihologică** față de tulburările din cadrul bolilor somatice, inclusiv față de situația (statutul) de bolnav, ambele tipuri de rezonanță constituind reculul somato-psihic al patologiei de organ.

În bolile cardiovasculare (BCV), participarea factorului psihogen (reprezentat cu precădere de stress-ul psihic) la constituirea și modularea evoluției lor - în raport cu ceilalți factori etiopatogenici - este inegală, pe primul plan situându-se HTA și cardiopatia ischemică (v. tabel 1), ca boli emina-mente psihosomatice de largă răspândire, alături de tahicardia paroxistică supraventriculară, hipotensiunea arterială, Boala Raynaud, astenia neuro-circulatorie („neuroza cardiacă”) și alte sindroame psihosomatice cardio-vasculare mai rar întâlnite (Sindromul X-Likoff, Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv).

Actualmente se poate afirma că în orice boală există o componentă psi-hosomatică (11, 16), eticheta de boală psihosomatică continuând să fie apli-cată doar acelor boli sau sindroame (precum cele de mai sus) în care pon-derea etiologică a factorului psihogen este importantă și, uneori, decisivă, ea fiind apreciată și instituționalizată ca factor de risc pentru boala respec-tivă (8).

A. Tulburările psihosomatice cardiovasculare induse de stress-ul psihic

1. Modalități de inserție a SP în patogenезa BCV

Activitatea psihică - inclusiv desfășurarea relativ „liniștită” a unor procese cognitive ca atenția, operațiile gândirii etc. - exercită o influență asupra unor organe cu o bogată inervație cum sunt și cele ale aparatului cardiovascular (ACV) (a se vedea, de exemplu, modificările ECG apărute în cursul unor teste de calcul mental). Se poate atinge un maxim de amplitudine și persistență a modificărilor induse psihogen ale activității ACV în cazul unor emoții violente sau al unor stări de tensiune emoțională prelungită, cuprinse în mod curent în sfera noțiunii de stres psihic (SP).

În condițiile unei funcționări normale a ACV, SP provoacă doar răspunsuri fiziologice emoționale (de fapt, corelatele fiziologice, somato-viscerale, cardiovasculare ale emoțiilor) a căror fixare în pattern-uri „psiho-cardio-vasculare” poate antrena, în decursul timpului și prin repetarea ori brutalitatea SP, „așternerea patului” unor boli organice (marea lor majoritate apărute prin intermediul aterogenezei sau al instalării HTA).

În această privință, studierea efectelor pe termen lung ale SP implică dificultăți metodologice, lăsând loc adesea unor estimări axate, în principal, pe deducție.

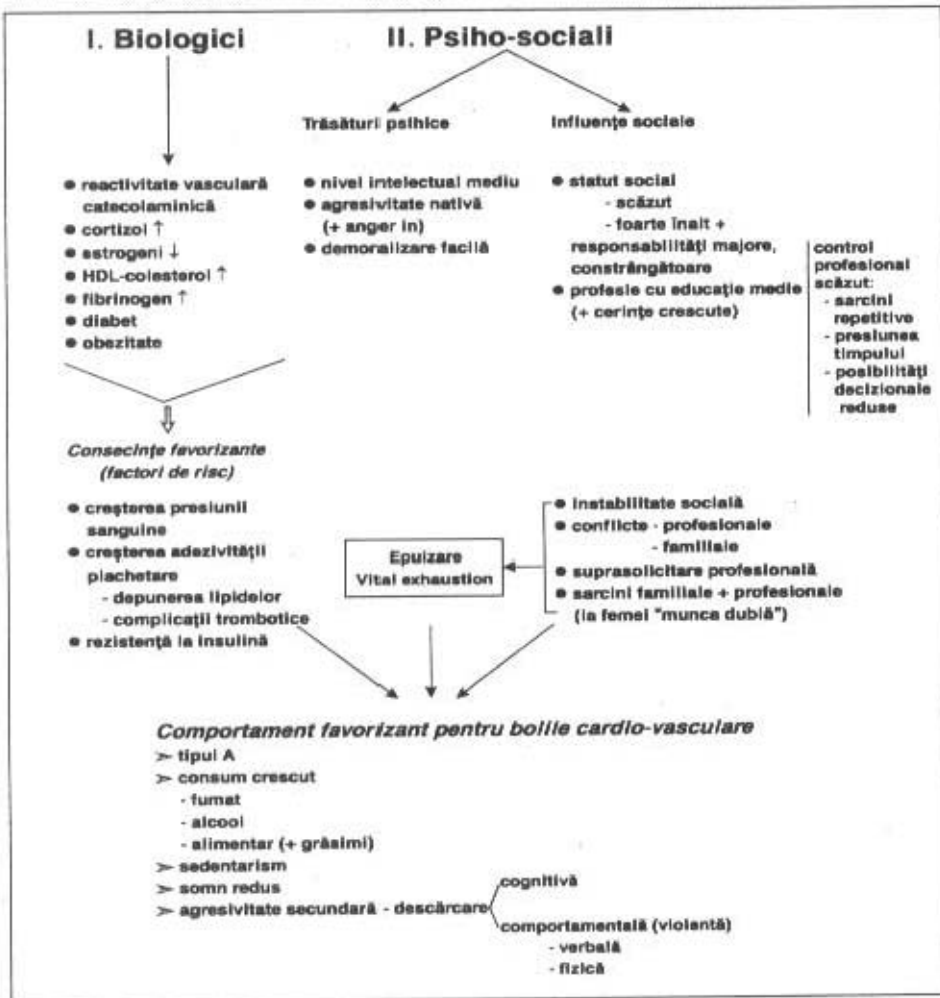
Pe fondul aterosclerozei coronariene, cerebrale dar și în alte teritorii vasculare, mai puțin studiate - și care, cu toate reprezintă studii latente de boală vasculară - **stresul psihic poate acționa ca trigger al manifestărilor clinice** (crize de amor sau hipertensive, infarct miocardic sau cerebral etc.)

La indivizii cu predispoziție genetică pentru BCV și în cazul preexistenței unor tulburări cardiovasculare funcționale sau organice, intervenția SP poate genera modificări importante, prin supraadăugarea la tulburările anterioare, a efectelor descărcării de catecolamine și a altor mediatori ai reacțiilor de stress. Se poate afirma cu certitudine că **SP grăbește (scade vârsta debutului)** apariția unor BCV „programate” genetic pentru vârsta maturității (Iamandescu, 1993) (exemplul cel mai relevant fiind dat de HTA esențială și infarctul miocardic apărute la tineri).

Indiferent de acțiunea, imediată sau în timp, exercitată de SP asupra ACV, ea **se intrică cel mai adesea cu cea a unui complex de factori de risc** cu componentă „voluntară”, deci evitabil, cum sunt fumatul, consumul de grăsimi și/sau supragreutatea, excesul de alcool, sedentarismul, somnul redus. Acești factori de risc (studiul Alameda cit. de Heim evidențiază o dublare a mortalității în cazul în care sunt cumulați 4 sau toți cei 5 factori enumerați) sunt la rândul lor, de asemenea, generați de factori psihosociali diverși, dar în special de stresul psihic. Alteleori, există o disfuncție la nivel de inervație a ACV (Malliani -12) sau de receptori, ca în sindromul hiperkinetic primitiv, creând premisele unei acțiuni „zgomotoase” a SP asupra ACV, capabilă să realizeze aparența unor veritabile BCV organice.

Intervenția SP în patogenезa BCV exercitată într-un context plurietiologic și adesea pluripatogenic, are loc în următoarele modalități (vezi tabelul 1):

Tabelul 1. Factori etio-patologici implicați în evoluția bolilor cardio-vasculare (sinteză după von Eiff 1980, Iamandescu 1993, McEwen 1998, Mușețoiu 1998).



a) În planul declanșant direct al tulburărilor CV:

- **alternativ** cu alți factori (de exemplu, un SP poate precipita un puseu hipertensiv sau - în caz extrem - constituie chiar o cauză de deces);
- **sumativă** (în asocieri) cu alți factori, de exemplu, un SP + un efort declanșează o criză de angor sau chiar un infarct miocardic;

b) În planul evoluției bolii:

- participă la edificarea bolilor psihosomatice CV, favorizând „scăderea vârstei” debutului;
- agravează evoluția acestor boli, favorizând apariția complicațiilor și uneori, a decesului.

2. Mecanisme generale demonstrate sau posibile privind relația dintre SP și bolile cardiovasculare

În cursul stresului psihic SP se produc constant modificări de tipul unei hiperactivități simpato-adrenergice cu implicații hemodinamice și metabolice având influențe asupra activității inimii (debit-bătăie și frecvență), a circulației sistemice (creșterea rezistenței vasculare periferice, cu HTA consecutivă), generând modificări potențial patologice, de regulă, direct proporționale cu gravitatea leziunilor deja instalate la nivelul ACV. Astfel, din studiul argumentelor (epidemiologice și de laborator) în favoarea existenței unei relații de cauzalitate între SP și cardiopatia ischemică cronică (CIC), rezultă că ar putea fi invocată posibilitatea ca SP, majore sau prelungite pe durate de ordinul a câtorva decenii, să poată contribui la apariția precoce a bolii coronariene. Taylor consideră că, - **dacă SP este un factor de risc minor pentru CIC la subiectul sănătos - el capătă un caracter din ce în ce mai serios, odată ce boala este constituită** (12).

Deși mecanismele psiho-fiziologice prin care SP se inseră la nivelul fiecărei verigi a ACV diferă, ele apar pe fondul unei reacții totuși generale, de antrenare a cordului și vaselor, ca un tot organo-funcțional.

Tabelul 2. Inserția factorilor psihosociali în contextul factorilor biologici implicați în etiopatogeneza infarctului (sistematizarea personală după autorii X (n)).

FACTORI GENETICI

- hiperreactivitate vasculară (Moga)
- persistența TA crescute după un test aritmic (1)
- hiperreactivitate vasculară la catecolamine (TAB) (19)
- modificări structurale în hipotalamus poster favorizând amplexarea SP (von Eiff)

FACTORI HORMONALI

- testosteron ↑
- estrogen ↓ - menopauză precoce „de stres”
- catecolamine ↑ ← stresul psihic acut de orice fel
- cortizolul ↑ ← stresul psihic cronic cu reacții de abandon sau situații de „pierdere”; la femei cu „încărcare alostatică” excesivă (2)
- stările depresive

FACTORI METABOLICI

- colesterolul ← stresul psihic acut (catecolamine)
← stresul psihic profesional cu recompense mici asociat cu fumatul, exces ponderal și de exces de alcool (3, 4)
- LDL ↑ ← SP la femei
- HDL ↑ ← încărcare alostatică la femei (2)
- Acizi grași ← stresul psihic acut de orice fel
- Trigliceride ← stresul psihic cronic + fumat + contraceptive orale (femei) (5)

FACTORII COAGULĂRII

- Fibrinogenul ↑ - fumători (← crește în SP)
- nefumători - calificare redusă
- aglomerare familială și izolare socială (6)
- iritabilitate, epuizare, demoralizare (3, 4)
- adezivitatea plachetară (betatromboaglutinina plasmatică)
- stresuri acute; ostilitatea exprimată (agresivitate) (8)
- inactivare plasminogen tisular
 - ← SP profesionale cronice și oboseală excesivă (vital exhaustion) (9, 10)

FACTORI VASCULARI

- HTA ← SP profesionale cu sarcini crescute și control redus decizional (1) în condiții de suport social redus
- microcirculație
 - tromboze ← indirect prin creșterea adezivității plachetare, ischemia relativă (ambele prin catecolamine și ceilalți factori)
 - ruptură placă ateromatoasă
 - ↓ NO (vasodilație sintetizată de endoteliu) ← este scăzut indirect în cursul creșterii TA și a colesterolului plasmatic
- modificări bioelectrice ← scade în stresul mental (11)
- modificări bioelectrice ← profilul lipidic generat de combinația: exces de catecolamine pe fondul excesului de cortizol din depresive (35)

Autorii citați: 1. McEwen; 2. Gold; 3. Siegrist; 4. Cleophos; 5. Simcak; 6. Roshegren; 7. Fukunishi; 8. Markovitz; 9. Appels; 10. Kov; 11. Cannon; 12. Pringle

În reacția de stress, cel puțin pe durata SP, există la nivelul ACV **efectele unei hiperactivități neuro-vegetative simpatice și ale eliberării de catecolamine și a celorlalți hormoni de stres** (ACTH, cortizolul, hormonul somatotrop, prolactina, vasopresina, substanțe opioide etc.). În plus, **modificările metabolice** induse în primul rând de modificările dislipidemice de stres creează premisele unei stări de **hipercoagulabilitate** (creșterea adezivității plachetare, conjugată cu scăderea activității fibrinolitice) cu risc de tromboză și embolizări secundare ale rețelei arteriolare coronariene, lăzu-nile putând genera aritmii grave, inclusiv fibrilația ventriculară și moartea subită (ABE). De asemenea, **acțiunea aritmogenă a acizilor grași liberi se conjugă cu cea a catecolaminelor și hipoxiei**, fiind agravată de către acestea din urmă.

Hiperfuncția simpatcă, prezentă în cele mai multe cazuri de SP, maschează **efectele acestuia mediate vagal**. Ele pot fi evidențiate („demascate”) în unele situații, de exemplu rărirea bătăilor inimii în cazul vizionării unor scene de violență filmate, când nivelul catecolaminelor subiectului este, totuși, foarte crescut (Carruthers) (4).

Este posibil ca exprimarea cu precădere la nivelul aparatului cardiovascular a reacțiilor generate de SP să aibă o **bază genetică modelată de experiența individului**.

Aceste pattern-uri psiho-fiziologice, declanșatoare de reacții cardiovasculare - prezente la majoritatea indivizilor, dar cu nuanțe adesea subtile diferențiatore - se pot constitui, de-a lungul unei existențe presărate cu numeroase și importante SP, în posibili agenți etiologici ai unor afecțiuni cardiovasculare. Astfel, analiza unor expresii emoționale negative ca: anxietatea, mânia și depresia, relevă atât modificări ale frecvenței și regularității ritmului cardiac, cât și existența unor tulburări vasomotorii (de regulă, vasoconstricție, cu creșterea tensiunii arteriale), percepute prin măsurători obiective, dar cel mai adesea subiectiv (palpitații, uneori neregulate - extrasistole, răceala extremităților, cefalee etc.). Dispneea, ca semn al tulburărilor psihosomatice (TPS) induse de SP la nivelul aparatului respirator, poate să apară însă și ca efect al unei HTA de stress, în timp ce durerea coronariană de natură ischemică este indusă de SP aproape constant pe un pat coronarian ateromatos, mai rar putând fi consecința unui vasospasm la un subiect normal (13, 14, 16).

În condițiile existenței unei boli cardiace cu evoluție severă, chiar „eustress-ul” - reprezentat de unele stări de intensă bucurie, de exemplu - poate antrena, prin aceleași modificări de tip simpaticoton, apariția unor complicații grave, fiind cunoscute morți subite la unii suporterți, bolnavi coronarieni, după marcarea unui gol de către echipa favorită.

3. Gradul de reversibilitate al tulburărilor psihosomatice cardiovasculare

Cu toate că marea majoritate a SP generează tulburări funcționale reversibile de-a lungul unor decenii, există situații în care reacția ACV la stres poate avertiza asupra instalării ulterioare a unei anumite boli (cazul creșterii disproporționate în SP a valorilor tensionale la **tinerii hiperreactivi vasculari**, cu antecedente familiale de HTA) (Moga). Nu tot așa se întâmplă cu cazurile în care „reversibilitatea” unor **tahicardii paroxistice prelungite, induse psihogen la un coronarian**, nu mai poate evita, la un moment dat, apariția unui IM (prin scăderea debitului coronarian, în condiții de creștere a consumului de oxigen).

În sfârșit, există situații când tablouri patologice relativ sistematizate - fără afectare cardiacă, dar cu sensibilitate extremă a ACV față de SP, cum **este sindromul DaCosta** - își mențin reversibilitatea și nu evoluează spre organicitate nici după 30 de ani de evoluție (12).

B. Răsunetul cerebral al tulburărilor aparatului cardiovascular

Atât tulburările psihosomatice cardio-vasculare fiziologice - în marea lor majoritate reversibile - din cursul SP, cât mai ales cele fiziopatologice, prezente cvasiconstant (de exemplu, insuficiența cardiacă) sau incidental (de exemplu, sindromul Adams-Stokes, unele scăderi ale debitului vascular

cerebral în insuficiență aortică, sindromul ortostatic etc.) exercită o influență la nivel cerebral, atât pe plan neurologic (organic), cât și psihologic, fie ca percepție senzorială a unor disfuncții, fie ca o observare cu rezonanță afectivă negativă a propriei boli.

1. Tulburările neurologice la bolnavii cardio-vasculari sunt adesea ignorate chiar la bolnavii cu o hipoxie cerebrală cronică, la care concură atât procesul de ateroscleroză cât și **scăderea debitului cerebral de cauză hemodinamică (insuficiența cardiacă, în primul rând)**. Simptomele cele mai frecvent întâlnite în aceste condiții sunt: **cefaleea, astenia, insomnia**, adesea grupate într-un sindrom neurasteniform și favorizând alte tulburări ca: **scăderea atenției și memoriei**, uneori chiar a **fluxului ideational**. De regulă, apare o fatigabilitate intelectuală pronunțată. Toate aceste tulburări conduc și la modificări dispoziționale ale bolnavului, care devine **anxios și/sau depresiv**.

Tulburări neurologice, de gravitate variabilă, apar în **sindromul Adams-Stokes** și în tulburările de irigație cerebrală date de către salvele de extrasistole ventriculare, ca și de tahiaritmiile cu frecvență foarte ridicată (mai ales adăugate pe un pat vascular îngustat prin ateromatoză).

În acest cadru intră și **encefalopția hipertensivă**, sindrom neuro-psihic complex ce exprimă impactul neuro-psihic al unor crize hipertensive severe.

2. Tulburări somato-psihice inductoare de SP la bolnavii cu afecțiuni cardiovasculare

Înima a devenit de-a lungul timpului sinonimă cu sufletul omului („animă”), în ceea ce privește oglindirea nuanțată a vieții afective umane, prin tulburări prompt instalate și percepute de subiect, în condițiile apariției oricărei emoții sau persistenței a variate sentimente. Este cunoscut și faptul că adesea, **orice variație de frecvență cardiacă sau tensională**, sesizată în plan subiectiv de către un subiect sănătos (cu atât mai mult dacă este cardiopat) - generează o anxietate de intensități variate. Un real SP este indus de apariția unor palpații la un bolnav care se știe suferind de aritmie extrasistolică - în special cu ES ventriculare, percepute și subiectiv, mai penibil - au un prognostic mai rezervat decât cele supraventriculare. SP este și mai intens dacă bolnavul a aflat din diverse surse că extrasistolele pot fi o expresie a unui infarct miocardic sau a altor boli cardiace ori pot fi urmate de tulburări grave (inclusiv moartea subită). **Tulburările somato-psihice (TSP)** se definesc, ca în aceste exemple, drept tulburări psihice apărute ca ecou al unor suferințe somatice cardio-vasculare. În situațiile menționate, se închide adesea un cerc vicios între TSP și amplificarea tulburărilor de ritm prin descărcările de catecolamine și celelalte modificări neuro-umorale caracteristice SP. Același lucru este valabil și pentru **crizele de tahicardie paroxistică** (cele supraventriculare având o legătură mai netă cu SP, mai ales când survin la hipertiroizien, care au și un psihic mai labil).

O poziție particulară o ocupă **durerea coronariană** anginoasă și cea din IM (stresantă, ce necesită adesea apelul la medicația opiacee), ambele tipuri de coronaralgii beneficiind și de medicația anxiolitică (17).

În sfârșit, cea mai mare încărcătură psihică survenită ca reacție somato-psihică - o constituie durerea șocogenă, generatoare a unei extreme anxietăți (în unele infarcte miocardice, sau pulmonare, în sindromul de ischemie periferică acută, etc.).

3. Impactul psihic negativ al stării de bolnav cardiac.

Purtătorii bolilor cardiovasculare cu evoluție cronică sunt adesea denumiți „cardiaci”. Sub această etichetă, în mod inevitabil, bolnavii dobândesc un statut social aparte, legat de necesitatea menajării lor de la o serie de stress-uri fizice (mai puțin SP, exigența respectivă nefiind ușor de respectat de către cei din jur).

Situația aceasta implică o serie de **restricții, în special legate de efort fizic** (uneori cu limitarea și a activității sexuale), dar și de o serie de activități cu importante efecte antistresante (drumeții, sporturi, activități fizice deosebite etc.). La acestea se adaugă și efectul afectiv determinat de oprirea fumatului și restricțiile la consumul de alcool și cafea.

La toate aceste surse de SP se adaugă, de obicei nemărturisite, **perspectivele morții subite** (în special la cei cu antecedente de infarct) sau **ale unor complicații redutabile** (accidente vasculare cerebrale generatoare de pareze și paralizii, edeme pulmonare la hipertensivi ori valvulari etc.). Cele mai stresante sunt **situațiile concrete ale unor bolnavi operați** (proteze valvulare, pace-makeri etc.), la care, pe lângă riscul chirurgical propriu-zis - intervine și teama suplimentară întreținută de posibilitatea unor defecte tehnice legate de aparatura respectivă. De asemenea, **amenințarea recidivei de infarct** sau a complicațiilor acestuia și mai ales prezența lor, creează o stare de teamă permanentă, expresie a unui SP de diferite grade de intensitate, cu rol negativ în evoluția însăși a bolii de bază coronariene. Aceasta limitează mult inițiativele bolnavului, fiind necesară adesea o reinsertie socio-profesională condusă de un psiholog experimentat, colaborând însă strâns cu medicul cardiolog sau internist.

În același mod, **bolnavul hipertensiv - care își cunoaște, din senzațiile subiective** ce însoțesc creșterile tensionale, apariția unui puseu hipertensiv - amplifică uneori severitatea acestuia prin SP în care intră odată cu evaluarea amenințării complicațiilor (desigur, alături de trăirea disconfortului somatic legat de puseul respectiv).

II. Argumente epidemiologice și experimentale privind implicațiile stresului psihic în etiopatogeneza bolilor cardiovasculare

A. Situații cu valoare de SP pentru majoritatea indivizilor

Pornind de la observațiile clinice curente care „au relevat o relație empirică între unele evenimente din cursul vieții și consecințele lor asupra

sănătății fizice și mentale" (9), au fost inițiate o serie de cercetări epidemiologice uzând de anchete și chestionare referitoare la situațiile existențiale stresante sau analizând o serie de parametri fiziologici (mai ales hormonii „de stress”) la subiecții având **profesiuni cu înalte responsabilități, în contextul unor sarcini care reclamă vigilență, neprevăzut și luare de decizii „în criza de timp”** (Rose). Scala elaborată de Holmes și Rahe (1967) ierarhizează așa-numitele „life changes” („cantitatea de schimbări necesare individului spre a face față diferitelor evenimente din cursul vieții”), permite elaborarea unui prognostic privind „riscul” de îmbolnăvire de o boală somatică (infarctul de miocard, de exemplu, la un individ, în funcție de „acumularea trimestrială a stresurilor”).

În același timp, a fost studiat **rolul unor factori ambientali** în apariția și agravarea evoluției unor BCV (ca în studiul lui von Eiff referitor la rolul nociv al zgomotului aeroportului din Bonn, favorizând creșterea incidenței HTA la lotul de persoane locuind în zona limitrofă). De asemenea, au fost imaginate veritabile „**teste de stress**” (filme cu scene de violență, accidente de muncă etc.) spre a se urmări variația diferiților parametri funcționali din cursul SP (inclusiv al ACV). Un test recent de stress, lipsit de nocivitate și utilizat la bolnavii hipertensivi, este cel în care „sarcina” este reprezentată de jocuri la calculator (Sime) (3).

B. Factori psiho-comportamentali de risc în bolile cardiovasculare

O atenție deosebită se acordă (de către psihologi, în special) studierii unor trăsături de personalitate cu risc crescut de a contracta BCV, mai ales cele psihosomatice, azi fiind incluse (11) în această categorie: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică coronariană, tahicardiile paroxistice, ateroscleroza și Boala Raynaud. Chiar dacă existența unei personalități strict specifice anumitor boli psihosomatice este cvasiunanim contestată - în ultimii ani, s-a schematizat pentru boala coronariană un veritabil sindrom comportamental compus dintr-o serie de factori psiho-comportamentali de risc pentru această boală. Acest tip, denumit „Type A behaviour pattern” (TABP), este prezent la subiecți cu diferite tipuri de personalitate (psihastenic, isteric, paranoid etc.), unificați prin posedarea unor însușiri comportamentale asemănătoare (față de realizarea unei sarcini, de obicei profesionale) și de raportare la cei din jur (8).

El este actualmente considerat un factor de risc pentru apariția IM. Cercetările din ultimul deceniu au evidențiat implicarea tipului A și în apariția altor boli psihosomatice cardiovasculare (HTA) sau de altă natură (ulcer gastric și duodenal).

Subiecții cu tip comportamental A prezintă de 2 ori mai frecvent cardiopatie coronariană decât cei cu tip comportamental B (12). Tipul A, în raport cu tipul B, pare să fie corelat și cu o tendință de creștere mai rapidă și mai marcată a secreției de catecolamine sau a nivelului seric al acizilor grași și colesterolului la apariția unui SP profesional (3, 20).

Contestarea de către mulți autori a rolului negativ jucat de TABP în boala coronariană au impulsionat studii care au analizat diversele componente (factorii A, S, H și J) ale acestui comportament (v. tabelul 3, pag. 13)

O serie de date sugerează că subiecții cu tipul comportamental A - care îi propulsează spre sferele superioare ale ierarhiei profesionale - plătesc un tribut mai mare stress-ului profesional decât subalternii lor (2), justificând apariția, în literatura medicală, a noțiunii de „Managers' Diseases”, în care cardiopatia coronariană și HTA ocupă un loc de frunte (v. Stockmeyer și colab. care evidențiază factorul, presiunea sarcinii și a timpului, ca factori de risc pentru apariția stresului psihic și **nu** pentru coronare, la personalul de conducere „formen” din industrie. Ei consideră că acești șefi reușesc să se adapteze („desensitization”) la stresul profesional prin mecanisme de coping adecvate. Cercetări mai recente relevă și impactul coronarian negativ al suprasolicitării profesionale, în criză de timp (lucrul la bandă rulantă) în condițiile unui control decizional redus la muncitorii cu o calificare joasă („blue collars”).

III. Tulburări funcționale cardiovasculare psihogene

Tulburările psihosomatice cardiovasculare funcționale reprezintă **modificări fiziologice brutale**, dar reversibile - pe un cord adesea îndemn - ale parametrilor esențiali cardiovasculari, apărute adesea ca simptome de „rezonanță afectivă” la o serie de stimuli stresori și afectând principalii parametrii hemodinamici (volum sistolic, frecvență cardiacă, tensiune arterială, tonus vasomotor etc.). **Gradul de reversibilitate și, mai ales, constanța reversibilității în timp sunt tot mai reduse la subiecții cu predispoziții genetice** pentru boli cardiovasculare, al căror debut este precedat sau se manifestă printr-o amplasare și persistență crescută a acestor tulburări cardiovasculare funcționale.

1. Tulburări de ritm

a) Tahicardiile și bradicardiile regulate induse psihogen au la bază corelarea frecvenței cardiace cu reflexele de apărare sau de orientare către un stimul. Astfel, în cazul unui stimul intens (sonor, de exemplu), resimțit ca nociv de către un subiect, apare o accelerare a frecvenței cardiace (reflexul de „apărare”, „defensiv”) în timp ce - la o intensitate redusă a aceluiași tip de stimul - intră în acțiune reflexul de orientare, corelat cu o rărire a bătăilor cardiace (Lader) (3). Master a realizat un experiment în care - prezentând diapozitive cu conținut „plăcut” capabile să reducă frecvența cardiacă la toți subiecții lotului cercetat - a provocat inversarea acestui răspuns, deci tahicardie, la o parte din bolnavii fobici incluși în acest experiment. Aceștia le-a prezentat, anterior expunerii acestor imagini, stimuli „fobici” (cu conținut stresant legat de fobiile acestora) (3). Efectul generator de tahicardii al SP se manifestă atât prin accentuarea unei tahicardii sinusale preexistente într-o serie de sindroame psihosomatice cardiovasculare, cât și prin declanșarea de tahicardii paroxistice supraventriculare.

Un fapt cu o semnificație aparte pentru mecanismele psihofiziologice generale ale SP îl constituie discrepanța dintre nivelul crescut de catecolamine și frecvența joasă cardiacă la subiecții așezați pe scaunul stomatologului în așteptarea unui tratament dentar. Pentru astfel de situații a fost sugerat un mecanism vagal de contracarare a răspunsului tahicardic indus de catecolamine în SP, dar pare posibilă și o excitare a zonei reflexogene sino-carotidiene (19).

b) Extrasistolele reprezintă cea mai frecventă tulburare de ritm apărută în cursul SP.

Analiza - pe baza unor înregistrări prelungite (Holter) - a proporției de extrasistole apărute sub influența unor emoții, în raport cu numărul de bătăi normale, a pus în evidență creșteri ale numărului variind între 3-30% (4).

Extrasistolele (ES), induse psihogen, sunt mai frecvent ventriculare decât atriale (13) și apar prin medierea influxului nervos declanșat de stimuli psihici și transmis pe cale vagală sau simpatică. Klumbies deosebește ES psihogene **la individul normal** de cele **din nevroze**, opinând că în diverse stări afective, pot surveni ES, fără ca la baza lor să se afle obligatoriu o nevroză. Adesea, astfel de ES pot dispărea prin simpla reajustare a activității profesionale, cu ocolirea unor situații generatoare de SP, ca de exemplu, schimbarea unui loc de muncă stresant.

La bolnavii cardiaci, cu cât emotivitatea lor este mai mare, cu atât apar mai multe ES, induse nu numai de SP, ci și de efortul fizic. Spre deosebire de subiecții fără afecțiuni cardiace, ES apărute la bolnavii cardiaci induc la aceștia din urmă un veritabil recul somato-psihic, prin semnificația pe care le-o acordă bolnavul, aflat într-o stare de „mereu la pândă”. Se pot instala, din acest motiv, adevărate cercuri vicioase. Există în atari situații - mai ales în cazul ES ventriculare - **pericolul unei fixări iatrogene** și cronicizări. Mijloacele terapeutice medicamentoase, axate pe simptomele somatice, sunt capabile să lichideze această fixare într-o mai mare măsură decât psihoterapia centrată pe simptom.

c) Fibrilația atrială. Episoadele tranzitorii de fibrilație atrială paroxistică, apărute **în cadrul unui SP**, sunt estimate la circa 3% (17).

Faptul că fibrilația atrială mai apare și reflex, așa cum s-a demonstrat după traumatisme craniene sau **după îndepărtarea unui dop de cerumen** auricular, dovedește posibilitatea ca SP să poată acționa pe calea nervilor vag și accelerans asupra nodului sino-atrial. Totodată, se poate înțelege și de ce unii indivizi prezintă **accese de fibrilație atrială paroxistică la mirosuri neplăcute** sau la atmosfera supraîncălzită (14).

Au fost semnalate și cazuri când **la același subiect, de regulă stresat, apar tulburări de ritm diferite** în funcție de starea de somn sau de veghe (ES, fibrilație atrială, tahicardie sinusală ori paroxistică).

2. Tulburările de conducere induse de SP

Au fost mai puțin studiate și sunt reprezentate de lărgirea complexului QRS și scurtarea amplitudinii acestuia. După Klumbies, aceste valori ating

În cursul unei **excitații provocatoare de spaimă**, 0,07 secunde și, respectiv 1,38 mV, comparativ cu traseul de bază (0,01 secunde și respectiv 1,68 - 1,83 mV). O observație deosebită este relatată de Koch (cit. de 17), care a reușit în decursul a 3 săptămâni de **tratament zilnic prin hipnoză**, să crească alura AV la un bolnav cu bloc AV total, de la 12 bătăi/min. la 40 bătăi/min., făcând să dispară (în această perioadă!) crizele zilnice Adams-Stokes de dinaintea acestui tratament.

3. Dureri precordiale, retrosternale sau cu un alt sediu toracic

La bolnavul cardiac, apariția lor poate fi expresia unei stări de tensiune psihică, care se exprimă în plan somatic - în cazuri de cardiopatii, pe un pat coronarian cel mai adesea afectat de ateromatoză - prin **generarea unui spasm** (9, 13) ori a unei creșteri a consumului miocardic de oxigen în condițiile unei **irigații coronariene deficitare**.

La subiectul indemn de o afecțiune organică a ACV, durerea precordială apare prin **excitarea intensă a terminațiilor senzitive simpatice din pereții coronarelor, excitate de distensia aortică** (Malliani) (12). Acest mecanism ar putea explica mai bine numeroasele situații în care bolnavii nevrotici, cei cu sindrom DaCosta sau chiar unii subiecți normali, acuză precordialgii (fără caractere de durere coronariană) în stări de anxietate care - în plus - se însoțesc de hiperventilație inconștientă, generatoare de dispnee, dar și de un posibil spasm al musculaturii pectorale. Pentru psihologul clinician este utilă cunoașterea caracterelor durerii precordiale de cauză coronariană, fie pentru a sesiza la bolnavul investigat implicarea stresului psihic în generarea acestuia, fie pentru a o exclude în cazul unor dureri „sine materia” pur psihogene sau, în cel mai rău caz, de cauză extracardiacă (cel mai adesea nevralgice, intercostale). Pentru lucrarea de față, ne limităm la a înfățișa - după Braun-Wald - caracterele generale ale durerii coronariene (din angină sau infarct): apăsare retrosternală constrictivă, cu iradiere în umărul și antebrațul stâng (iradiere atipice în mandibulă sau în ambii umeri, etc.) și apariție la efort (în special după mese) sau stres psihic („excitare emoțională”). Dispariția accesului anginos are loc (criteriu de patognomie) după nitroglicerină sau la oprirea efortului (repaus). (O nevralgie intercostală, foarte frecvent confundabilă cu angina pectorală, persistă și în repaus.)

4. Dispneea „cardiacă” în cursul SP

În afara dispneei apărute la subiectul normal, supus unor emoții puternice, există o serie de afecțiuni cardiace, în special cele cu stază pulmonară (insuficiența cardiacă congestivă, valvulopatii mitrale etc.) la care SP generează **agravarea dispneei preexistente**. Mecanismele care intervin sunt reprezentate de accelerarea reflexă a ritmului respirator, în cursul SP, împreună cu solicitarea unor parametri hemodinamici situați la limita eficienței, instalându-se un cerc vicios între SP și agravarea dispneei, capabil să conducă în cazuri extreme la apariția unui edem pulmonar acut.

De altfel, **anxietatea este reputată ca generând hiperventilație** (13, 20).

Pentru medic este suficient să observe accentuarea dispneei la un cardiac în cursul unui SP și legătura cauzală devine plauzibilă înainte ca el să mediteze la faptul că morfina, într-un edem pulmonar acut intervine și prin liniștirea bolnavului (pe lângă mecanismele cunoscute).

5. Variații ale tensiunii arteriale

Reacția catecolaminică de stres generează răspunsuri hipertensive chiar la subiectul normal, însă la bolnavii cu HTA există, atât un nivel mai crescut al acestei secreții față de indivizii sănătoși supuși unui SP similar, cât și un nivel mai redus al excreției urinare de kaliceină (generatoare de bradikinină, mediator cu rol intens vasodilatator) (4).

Referitor la creșterea TA, la subiecții sănătoși, sub efectul SP, Elliot și Morales - Ballejo, au reușit - cu ajutorul unui test de stres reprezentat de concentrarea subiecților asupra unui **joc video (ca o sarcină mediată beta-adrenergic)** - să diferențieze trei categorii de reacții: „**output reactors**”, la care TA crește exclusiv pe seama debitului cardiac (volum sistolic x frecvență), fără modificarea rezistenței vasculare totale, „**vasoconstrictive reactors**”, la care TA crește exclusiv prin vasoconstricție periferică și „**combined reactors**”, la care TA crește prin ambele mecanisme. Această clasificare a pattern-urilor celor 3 parametri are implicații terapeutice clare, în sensul prescrierii de betablocante pentru „output reactors” și de vasodilatatoare pentru „vasoconstrictive reactors”.

Diferit se exercită **rolul SP, pe un teren cu miopragie funcțională** vasculară, în apariția sindromului hipotensiv. De ce hipotensiune și nu hipertensiune? Considerăm că este posibil ca, pe lângă o serie de particularități enzimatice la nivelul receptorilor peretelui vascular, să existe și o fază inaparentă, premorbidă cu valori normale tensionale, în cursul căreia s-ar fi putut epuiza, sub acțiunea unui SP cronic sau repetitiv, mijloacele uzuale endocrine (răspunsul secretor al ACTH, de exemplu) de răspuns la agresiunea unor agenți stresori persistenți, „consumativi”. Ne referim la **fazele unui SP prelungit înfățișate de Mills** (4): creșterea inițială a secreției de cortizol, diminuarea ei în cazul persistenței SP (ca urmare a revenirii la normal a serotoninei hipotalamice și a diminuării descărcării de ACTH) și, în sfârșit, scăderea secreției cortizolice la un nivel apropiat de cel întâlnit în boala Addison (analog cu hipocorticismul de disprotecție descris de Coculescu). Interesant este că astfel de sindroame adisoniene „de epuizare” sub efectul SP cronic, sunt amendate după circa 4 săptămâni de tratament cu antidepressive.

6. Modificările vasomotorii în diverse teritorii, apărute sub efectul SP

Ele pot fi apreciate direct prin observație (**eritemul pudic, paloarea** din stările de spalmă, groaza, sau din crizele vasospastice de tip Raynaud, opusă expresiei fizionomice de „**roșu la mânie**”), ca și indirect, prin pletismografie.

Importante apar **stările lipotimice produse de ischemia cerebrală** apărută în cursul unui SP, soldat fie cu un răspuns hipotensor (**inhibițiile vaso-vagală**), fie cu diferite tulburări cardiovasculare menite să scadă irigația cerebrală (**tulburări paroxistice de ritm**, de exemplu). Klumbies citează cazul împăratului Tiberius, care, la auzul despre urcarea sa pe tron, nu și-a mai putut încălța o cizmă, dar nici pe cealaltă - deja încălțată - nu și-a mai putut-o scoate, datorită venodilatației provocate de acel eustress.

7. ECG în cursul SP

Reprezintă un mijloc ideal de a obiectiva un SP. **La un subiect normal nu se pot evidenția modificări ischemice coronariene de tip vasospastic în perioada examinării**, în timp ce bolnavii coronarieni - care pot prezenta crize de angor induse psihogen - exteriorizează mai ușor pe ECG **influența SP (generatoare nu numai de vasospasm, ci și de un dezechilibru între consumul de oxigen crescut de descărcarea de catecolamine și posibilitățile scăzute ale irigației coronariene afectate de boală)**.

ECG poate prezenta toate modificările de ritm sau de conducere discutate anterior (multe nefiind percepute subiectiv), dar și alte aspecte, diferite de acestea. Cel mai mult interesează **subdenivelarea segmentului ST** (cu peste 1 mm), studiată sistematic de către Klumbies și Kleinsorge (cit. de 17) mai ales prin metoda sugerării bolnavului, aflat sub hipnoză, a unor situații psihotraumatizante din biografia acestuia, unele dintre ele având valoare stresantă maximă (electivă, nefiind valabile și pentru alți subiecți). Lapccirella a observat **subdenivelarea ST la subiecți fără cardiopatii, înaintea unei intervenții chirurgicale** (cit. de Taylor 19). Interesant este că la acești din urmă bolnavi a fost surprinsă apariția subdenivelării ST în condiții exclusive de SP, **bolnavii respectivi având rezultate normale la proba de efort**, iar studierea lor amănunțită - prin metode de laborator minuțioase, inclusiv coronarografii - nu a decelat un substrat organic, permițând astfel să se tragă concluzia naturii vasospastice funcționale a acestei modificări a ECG, în contextul unor modificări minime ale funcției cardiace și tensiunii arteriale în aceleași condiții de stress.

Desigur că va trebui urmărit dacă astfel de subiecți devin coronarieni cu vârsta ori dacă ei au pattern individual de somatizare (cardiacă) a emoțiilor. Trebuie, totuși, menționat că **subdenivelarea ST în cursul SP nu apare decât la o mică parte din subiecții indemni de cardiopatie coronariană**. Majoritatea persoanelor sănătoase își mențin și în cursul SP traseul lor normal de repaus.

IV. Boli și sindroame cardio-vasculare psihosomatice

1. Hipertensiunea arterială

Cum printre parametrii stării de SP se înscrie și creșterea mai mult sau mai puțin exprimată a tensiunii arteriale (TA), ca urmare a activării simpato-adrenale de stres, este de așteptat ca în **decursul vieții unui individ, acumularea a numeroase SP să creeze condiții favorabile pentru apariția hipertensiunii arteriale (HTA)**.

Există dovezi în favoarea unui teren genetic la anumite animale, care dezvoltă ușor HTA printr-o hiperactivitate vasculară față de SP, după cum la anumiți subiecți din populația umană, cel puțin în momentul în care au devenit hipertensivi, s-a demonstrat un **răspuns catecolaminic la SP mult mai crescut decât la normotensivi**.

Actualmente, este admis că SP este implicat, în primul rând, în apariția - la tinerii hiperreactivi - a **unei HTA juvenile „tranzitorii”** (Klumbies) și mai ales a unei **creșteri tensionale disproporționate la efort** (Kulawick le denumește „labile hypertone Regulationsstorungen”).

Asemenea subiecți hiperreactivi vasculari, studiați la noi de Moga, au fost încadrați, în 1975, de către o comisie de experți OMS în categoria HTA de limită sau labilă („**borderline hypertension**”).

În ultimii ani s-a demonstrat că 1/5 din subiecții aparent sănătoși prezintă o reactivitate cardio-vasculară crescută („**hot reactors**”), evidențiable chiar printr-un simplu test de calcul mental. Ei sunt mai predispuși să dezvolte valori hipertensive în timpul diferitelor SP profesionale sau familiale. Mai târziu, o mare parte din acești bolnavi vor deveni hipertensivi permanenți, intrând în rândul bolnavilor cu HTA esențială.

Referitor la intervenția SP în apariția și evoluția HTA, vom distinge, după ce am analizat și categoriile de bolnavi mai sus menționate, următoarele grupe:

a) **Bolnavi tineri hiperreactivi vasculari care vor dezvolta o HTA tranzitorie juvenilă cauzată de o configurație existențială stresantă și care vor putea fi chiar vindecați odată cu dispariția sursei stresante ori printr-o psihoterapie dirijată (cuplată sau nu cu training autogen) (cf. Klumbies ori Kulawick);**

b) **Bolnavi de peste 40-45 ani, vârsta la care apare în mod obișnuit HTAE, având între factorii precipitanți ai debutului bolii, SP;**

c) **Bolnavii hipertensivi vechi (cu HTAE sau HTA - secundară), aflați în cursul evoluției bolii și la care SP poate produce paroxisme tensionale, soldate sau nu cu complicații, dintre care edemul pulmonar acut, ca și accidentele vasculare cerebrale, reprezintă situații în care SP acționează, prin intermediul acestor creșteri ale tensiunii arteriale. Un element psihogen, fără atributele stresului psihic (poate doar o condiționare cu un SP inițial) îl constituie „sindromul halatului alb” (Weisskittelhypertomie), reprezentat de TA cu ocazia controlului medical decât cele măsurate la domiciliu. Buddenberg și Laederach propun ca soluție procurarea de către astfel de pacienți hipertensivi a unor aparate cu baterii pentru măsurarea TA la domiciliu.**

În plus, HTA, agravată de SP, contribuie la accelerarea procesului aterosclerotic, cât și la apariția bolii coronariene, alături și de ceilalți factori de risc.

2. Cardiopatia ischemică coronariană

a) În **angina pectorală (AP)**, legătura dintre SP și declanșarea cvasi-simultană a accesului anginos, este mult mai ușor de stabilit decât în cazul infarctului miocardic, unde se întâmplă să treacă câteva ore până la apariția

simptomelor „de debut”. În privința intervenției SP la debutul AP, există studii epidemiologice capabile să ilustreze ponderea încărcării stresante a bolnavilor anginoși, în raport cu lotul martor (subiecți sănătoși). Russek a stabilit existența unei stări de **tensiune emoțională intensă și prelungită, înainte de apariția primei crize de angor, la 91% din cei 100 de bolnavi coronarieni studiați (12)**. SP care stă la baza acestor tulburări **acționează**, datorită „hormonilor de stres”, prin mecanisme multiple hemodinamice, începând cu **creșterea exagerată a nevoilor de oxigen (raportate la o perfuzie miocardică redusă prin ateromatoză) ca și prin inducerea unei hipercoagulabilități sanguine** (v. tabelul 2).

Totodată, existența unor simptome nevrotice (**depresie, iritabilitate, insomnie, anxietate**) a fost găsită de două ori mai frecvent la bolnavii cu angină pectorală decât la martori (12).

Există, de asemenea, dovezi certe și în favoarea celui alt mecanism ischemiant, **spasmul coronarian**, observat chiar pe artere indemne (Kleinsorge) și care - în condițiile unor anomalii constituționale, ca în sindromul X (Likoff) - este exclusiv implicat.

b) În **infarctul miocardic**, rezultatele unor studii clinice și experimentale pledează, de asemenea, pentru posibilitatea participării SP în favorizarea și producerea infarctului. Exemplificăm cu creșterea incidenței IM în **profesiunile cu responsabilitate crescută**, frecvență semnificativ mai mare a IM la **lucrătorii manuali** supuși unor SP față de un lot de martori nestresați, constituirea unui IM după SP brutale (12) toate acestea fiind corelate cu posibilități reduse de control decizional pe care le au bolnavii cu unele SP profesionale ce favorizează apariția IM (Siegrist). Referitor la această lipsă de control, cuplată cu proiecția subiecților într-o situație percepută ca extrem de amenințătoare cităm un experiment soldat cu apariția cu o frecvență de 25% a unei necroze miocardice focale la șobolanii obligați să asculte timp de 30 minute înregistrarea pe bandă a zgomotului luptei între o pisică și un șobolan (Raab) etc. S-a stabilit, totodată, că subiecții cu reactivitate cardio-vasculară crescută (**„hot reactors”**) **au un risc dublu de recidivă a IM** (3).

Intervenția SP în reinfarctizare este și mai importantă, în special la cei cu tulburări de ritm restante (îndeosebi extrasistole ventriculare)(10), date fiind instabilitatea electronică a miocardului - mult crescută după infarct (Lown) - și descărcarea de catecolamine în cursul SP (atenuată considerabil doar la beta-blocante), care, de altfel, administrate după infarct scad rata reinfarctizării.

Studiile psihologice - axate pe legătura dintre apartenența subiecților la **tipul comportamental A** și incidența crescută a IM, care este dublă - au evidențiat un fenomen și mai concludent: creșterea exponențială a incidenței IM în cazul asocierii tipului comportamental A (TABP) cu alți factori de risc (HTA, hipercolesterolemie, fumat, etc.)(Haynes). În același timp, modificarea TABP, reglementată într-un program psihoterapeutic adecvat - a contribuit la scăderea semnificativă a reinfarctizării și mortalității la bolnavii cu

sechele de IM studiate (Rahe). Se impune considerarea ca factor de risc psihic major, asocierea unor evenimente stresante la tipul A. Întrucât au existat numeroase studii care au contestat legătura dintre comportamentul de tip A, luat ca un ansamblu de trăsături psihice exteriorizate în acțiune, în ultimii ani s-a încercat clivarea acestui tip în câțiva factori componenți de bază (A, S, H și J) știindu-se corelația fiecăruia dintre ei cu diverse circumstanțe psihosociale, dar și cu alți factori de risc biologici (în special profilul lipidic) și comportamentali (de exemplu fumatul) de risc pentru IM. Redăm în tabelul 3 rezultatele obținute și corelarea lor cu factorii componenți ai TAPB.

**Tabelul 3. Tipul psihocomportamental A
Factori componenți**

<i>Factori componenți</i>	<i>Elemente de risc demonstrate pentru boala coronariană</i>
A = ambiție maximă = nevoia de timp	Risc mai scăzut pentru boală (în raport cu factorii H și J).
S = neliniște = nerăbdare	Dintre bolnavii asimptomatici (clinic și EKG), majoritatea posedă acești factori
H** = competitivitate = ostilitate: - cognitivă (gânduri dușmănoase, dispreț, supărare) - comportamentală (***) (agresivitate verbală sau fizică)	Asociere cu interiorizarea supărării („anger-in”): crește riscul coronarian (5) Acte agresive verbale**** sau motorii ample sau prelungite = factor major de risc coronarian maxim sub 50 de ani (7), inclusiv pentru aritmiile grave (4). Asocierea cu fumatul, scăderea funcției pulmonare (7, 8), consum crescut de alcool și efort excesiv la locul de muncă (7) - maximizează riscul coronarian.
J = implicare profesională majoră („workaholic”) = modul de îndeplinire a sarcinilor	Asociată cu depresia, reprezintă un risc major (4) - cu dificultate - risc crescut - cu ușurință - risc minim

Observații:

* Autorii citați în tabel sunt indicați în anexa bibliografiei tabelelor.

** = „nucleul toxic” al tipului psihocomportamental A = sindromul AHA (ostilitate, agresivitate, iritabilitate) + presiunea timpului (6).

*** = Agresivitatea este un factor precipitant frecvent al IMA, acționând prin următoarele mecanisme: activare simpatică și efecte catecolaminice

ample (creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale), scăderea perfuziei miocardice și nivel ridicat de instabilitate electrică miocardică (7).

**** = Exteriorizarea unor stări afective negative (inclusiv a agresivității), non-violentă și de scurtă durată (afecte „meteorice”), pare să se coreleze, din contră, cu un efect protector față de boală.

Tipul psihocomportamental A reprezintă în ansamblu, „un comportament înclinat să streseze individul prin întrezărirea amenințării acolo unde tipul B nu o vede, și prin racordarea (prin determinism genetic) a mecanismelor psihofiziologice la reacții organice exagerate” (2).

Tipul psihocomportamental A reprezintă de fapt, un comportament cu un caracter de factor de risc și pentru alte boli somatice, în afara infarctului miocardic (1, 3).

c) Moartea subită. Deși se cunosc cazuri de moarte subită, verificate necroptic, în reproducerea cărora a putut fi incriminat un SP violent, în absența unor leziuni coronariene (Klumbies) - **cel mai adesea moartea subită sub efectul SP survine la un bolnav coronarian.**

Dintre numeroasele dovezi ale relației dintre SP și moartea subită - unele chiar furnizate de simpla anecdotică a unor decese survenite la comunicarea unor vești tragice sau, paradoxal, în momentul unei bucurii violente - merită amintit studiul efectuat de Myers și Dewar (12) care au analizat necroptic 100 de bolnavi cu cardiopatie ischemică, decedați prin moarte subită. Autorii au stabilit că **la 23% din acest lot a survenit un SP cu 30 min. înainte de moartea subită, iar la 40% un SP a fost înregistrat în cursul a 24 de ore anterioare;** deci, un total de 63%, la care legătura cu SP poate fi apreciată ca foarte probabilă.

3. Hipotensiunea arterială primară (esențială)

Pentru mulți autori, hipotensiunea arterială esențială (hTAE) apare ca o boală temporară cu statut de veritabilă nevroză, în care rolul stresului psihic în apariția și evoluția ei este de necontestat (v și Iamandescu 1991).

Legătura dintre hTAE și SP este sugerată de caracterul de „sindrom” al afecțiunii în cadrul căreia TA scăzută sub limitele a 100 mm Hg pentru tensiunea sistolică și 60 mm Hg pentru cea diastolică, este **asociată cu o serie de alte simptome cu substrat psihopatologic:** fatigabilitate, astenie, cefalee, vertij, irascibilitate, transpirații, labilitate afectivă etc., fapt ce a făcut pe unii autori să vorbească mai degrabă de un „sindrom al hipotensivului” (Garnier). Simptomele nevrotice menționate nu sunt însă legate de hipotensiune, ele persistând și în cazul normalizării temporare a valorilor TA prin diferite preparate medicamentoase. **hTAE apare deci ca un simptom - ca și celelalte acuze subiective, dominate de astenie și fatigabilitate - în cadrul unei veritabile nevroze.** Pe acest fond apar adesea și stări lipotimice induse, de regulă, de SP.

Un alt argument care pledează pentru această concepție este și faptul că **hTAE se poate uneori vindeca la fel ca orice nevroză**, prin remedierea unui context socio-familial psihotraumatizant, ca și prin utilizarea unor metode de tratament specifice afecțiunilor psihogene (psihoterapia centrată pe situația conflictuală majoră, asociată cu training autogen, după cum susține Garnier). De altfel, se consideră că hTAE nu răspunde semnificativ la o farmacoterapie prelungită corectoare a valorilor scăzute ale TA, rezultate mult mai bune fiind obținute prin dietă, fizioterapie și schimbarea modului de viață cu accent pe identificarea și anihilarea surselor de stres.

4. Astenia neurocirculatorie (ANC)

DaCosta a descris în 1871 sub numele de „**Cord iritabil**” sau „**Sindrom de efort**” un sindrom funcțional neuro-cardio-vascular, cu o serie de denumiri ulterioare (astenie neuro-circulatorie, „**Herzneurose**” etc.) și alcătuit în majoritate din **simptome subiective dominate de palpitații și dureri precordiale - fără un substrat organic**.

În privința conținutului simptomatic al sindromului, este de subliniat frecvența cea mai crescută (la peste 70% din bolnavi) a **dispneei (78%), amețelilor (78%) și cefaleei (72%)**.

Simptomele subiective cardio-vasculare și respiratorii sunt prezente, de regulă, concomitent.

Dispneea îmbracă, în general, două aspecte: apare la eforturi minime (în contrast cu starea normală a aparatului respirator și cardio-vascular) și, este prezentă și în repaus sub formă, fie de jenă la inspirul profund (ca o senzație de umplere insuficientă a plămânilor), fie de suspin (oftat) care apare din când în când, ușurând bolnavul.

Durerile precordiale sunt descrise ca „fulgerături”, înțepături localizate, iar **palpitațiile** sunt descrise ca „fâlfăituri”, întreruperi, buburturi în dreptul inimii. Substratul durerilor nu este coronarian, el putând fi un spasm dureros al mușchilor intercostali (Simon).

Contextul etiologic al ANC este diminuat de multitudinea sau de magnitudinea stresurilor psihice suferite de bolnavi (predomină, totuși, sexul feminin). După Kolb, **acest sindrom poate să constituie exprimarea unor emoții, prin intermediul aparatului cardio-vascular, la o serie de persoane dependente și imature**.

Tratamentul ANC trebuie să fie axat pe o psihoterapie minuțios aplicată, bolnavul trebuind să fie convins că nu este vorba de o afectare cardio-respiratorie, dar **fără a se nega boala și insistându-se asupra condițiilor etiologice psihogene, toxice, abuz de excitante și asupra unor tulburări viscerale mai mult sau mai puțin favorizante**. O astfel de conduită are meritul de a păstra încrederea bolnavului în medic și de a-l feri de un dezechilibru psihic sporit de sentimentul neînțelegerii suferințelor sale care sunt, totuși reale. De asemenea, un rol psihoterapeutic îl are și invocarea studiilor deja menționate ce au arătat că ANC nu conduce, pe viitor, la îmbătrânirea inimii.

5. *Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (idiotipic)*

Sindromul hiperkinetic cardiac primitiv (SHCP) sau idiotipic constituie o stare cardio-circulatorie caracterizată printr-o **reactivitate cardiacă, manifestată prin creșterea inotropismului** (Gorlin și Fröhlich și col.) **și a frecvenței cardiace (ambele generatoare de palpitații) și prin prezența anxietății** (13).

Întrucât acest sindrom apare și în alte afecțiuni (hipertiroidism, miocardiopatia obstructivă prin stenoză subaortică, sindromul DaCosta), în patogenia sa a fost invocată o **hipersensibilitate (reactivitate excesivă) primară a betareceptorilor cardiaci la acțiunea catecolaminelor** (13). Față de această explicație patogenică a SHCP s-ar putea emite ipoteza că, în raport cu el, sindromul DaCosta ar surveni pe un teren mai complex, capabil să furnizeze un exces de catecolamine cu punct de plecare atât la nivelul scoarței și centrilor subcorticali, cât și al terminațiilor simpatice care inervează cordul și vasele. Referitor la prognosticul sindromului hiperkinetic cardiac primitiv este interesant de semnalat cercetarea efectuată de către Guazzi și Fiorentini, care au urmărit ECG și echocardiografia subiecților cu un astfel de sindrom, în scopul verificării ipotezei conform căreia o hiperactivitate cardiacă ar putea să genereze, în timp, o hipertrofie cardiacă. În decursul a 3 ani, cât a durat studiul, bolnavii nu și-au modificat dimensiunile (apreciate echografic) septului interventricular și nici ale peretelui posterior, în ciuda unei hipercontractilități persistente.

Importanța diagnosticării precise a SHCP pentru practician rezidă în aceea că el poate interveni, mai activ ca până în prezent, în reabilitarea acestor bolnavi, apelând **într-o primă fază la o medicație betablocantă** care înlătură prompt, atât simptomele cardiovasculare, cât și anxietatea (altfel, ambele s-ar potența reciproc), permițând bolnavului o viață normală.

Într-o a doua etapă, considerăm că accentul trebuie pus pe o psihoterapie (centrată pe o **terapie comportamentală anti-stres**) corelată și cu apelul la **mijloace fizice de recuperare** (cultura fizică medicală, agenții fizici influențând reactivitatea neurovegetativă, și cea vasomotorie în special etc.) spre a se putea înlătura dependența bolnavilor de o medicație, este drept, valoroasă, dar capabilă să genereze și efecte secundare, adesea destul de serioase.

6. *Sindromul X (Likoff)*

Sindromul descris de Likoff apare la bolnavi în jur de 45 ani și este caracterizat prin **coexistența unor tulburări nevrotice (dominate de anxietate) cu apariția unor dureri anginoase tipice** (ca sediu, iradiere, circumstanța de apariție, reductibilitatea prin efort cicloergometric și expresie electrocardiografică), **în absența oricărui tip de alterare morfologică coronariană**. Ca mecanism patogenic, în acest sindrom se presupune o **limitare „criptogenetică” a capacității de dilatare a arterelor coronare** (Kubler) astfel încât - la testul dilatator cu Dipiridamol - bolnavii cu sindrom X înregistrează o creștere a debitului coronarian de repaus de numai 200% față de 400% la subiecții normali (13).

Deși efortul fizic relevă aceste limite, răspunzătoare de ischemia relativă care generează dureri anginoase, în sindromul X factorul declanșator al tulburărilor este predominant psihogen. Bolnavii au o serie de tulburări nevrotice (anxietate și astenie) consecutive unor stresuri generate de factori psiho-sociali și inductoare în plan somatic, ale unei **hiperventilații cronice (legată în special de anxietate)** și prin aceasta a unor spasme coronariene (Evans cit. de Iamandescu 8b).

Caracterul psihogen al suferințelor acestor bolnavi este argumentat și de **dispariția durerilor anginoase printr-o psihoterapie capabilă să suprimă hiperpneea cronică „de stres”**. Prognosticul este bun în 50-70% cazuri, înregistrându-se dispariția simptomelor, spontană sau sub psihoterapie (pasager răspunde și la perhexilină, nu și la nitriți). Există însă și cazuri la care apare un IM, cu declanșarea tot prin spasm coronarian (Kaindl și Zilcher).

7. Tulburări psihosomatice și psihopatologice la cardiicii operați

Kammerer aprecia (în 1985) că la 40% din bolnavii operați pe cord, în condițiile instituirii temporare a circulației extracorporale, apar marcate tulburări psihopatoanice.

Adăugând intervențiile chirurgicale pe coronare, tot mai frecvent utilizate în prezent, se conturează o categorie de bolnavi cardiaci supuși unui greu **examen emoțional, dată fiind perspectiva decesului**, a complicațiilor sau nereușitelor operatorii. În plus, **stresul fizic operator** diminuează capacitatea psihicului acestor bolnavi de a face față chiar unor stresuri psihice minore.

S-a constatat că, pe lângă **simptomele psihosomatice** ca: tahicardia, extrasistole, creșterea valorilor tensionale, emoționale etc. prezente, mai ales preoperator apar și o serie de **simptome psihice** (recul somato-psihic) după efectuarea intervenției chirurgicale. Astfel: cefaleea, amețelile, anxietatea, amnezia, dezorientarea și chiar depresia, ca simptome izolate, pot fi reversibile după reușita operației dar veritabilele **sindroame psihopatologice (s. paranoid halucinator sau s. afectiv - emoțional, dominat de anxietate și depresie)** ce necesită intervenția psihiatrului.

Important apare faptul că apariția tulburărilor psihopatologice menționate poate fi prezisă (10) pe baza unor investigații psihologice preoperatorii. Astfel, prezintă un **risc crescut persoanele cu o structură psihică rigidă, cu un nivel crescut al anxietății și cu probleme familiale și profesionale**. De asemenea, bolnavii anxioși, preocupați excesiv de boală, prezintă mai frecvent aritmii ventriculare postoperatorii.

8. Sindromul psihic al purtătorului de pacemaker

Un capitol mai recent în psihomatica bolilor cardio-vasculare îl constituie cel consacrat purtătorilor de **pace-maker (PM)**. Spre deosebire de bolnavii cu operații pe cord, pentru care stresul maxim îl reprezintă operația propriu-zisă, purtătorii de PM, încep o perioadă nouă în viața lor, aceea de **acomodare cu un „nou organ” sau „corp străin”**. Apar firește, sentimente de teamă, neliniște și chiar o **ușoară depresie psihică** legate de perspectiva

unei bune funcționări a dispozitivului, mai ales la bolnavii instruiți superficiali.

În funcție de terenul psihic, există la o parte din bolnavi o simptomatologie psihopatologică patentă cu elemente fobice, desemnată de Schneeman „**simptomatologie cardiofobică**“. În cadrul acesteia se situează pe prim plan **fobia revenirii ritmului bradicardic** sau chiar **a opririi inimii**. Alți bolnavi, ignoră în aparență situația lor de purtători de PM, dovedind intrarea în funcțiune a unor mecanisme inconștiente de apărare a Eu-lui în contextul existenței unei mari anxietăți (Payk).

Datele psihodiagnostice menționate sugerează medicului practician un complex de măsuri profilactice privind **instruirea atentă și amănunțită legată de aspectele tehnice ale PM**, precum și măsurile psihoterapeutice (inclusiv mijloace psihofarmacologice) legate în special de combaterea anxietății.

V. Principii de abordare psihoterapeutică și psihofarmacologică a bolnavilor cardiaci

A. Principii de abordare psihosomatică a bolnavilor cardiovasculari

Dimensiunea psihologică a actului medical - implicând și obligativitatea unei relații interpersonale pe multiple planuri cu bolnavul - variază în funcție de **ecuația personală a medicului**. În cardiologie - mai mult ca în alte specialități medicale - perspectiva invalidității sau chiar al morții conferă o gravitate suplimentară relației dintre medic și pacient, creând responsabilități sporite primului și accentuând celui din urmă gradul de dependență și de regresie comportamentală.

O importanță deosebită cu impact asupra prognosticului IMA îl reprezintă solicitarea precoce a ajutorului medical la debutul IMA, dependentă și ea de o serie de factori psihologici (vezi tabelul 4).

La primul contact dintre medic și bolnav, **în cazul urgențelor cardio-vasculare, abordarea imediată exclusiv medicală („tehnicistă”) cu un suport psihologic schițat dar pregnant** obligă la o prelucrare „în bloc” a bolnavului (decă și a întregului său cortegiu emoțional dominat de anxietate) de către medic, care trebuie să fie și un bun psiholog, dacă nu dorește să agraveze starea și așa precară, a bolnavului, prin veritabile gafe de ordin verbal sau comportamental.

Odată depășit momentul urgenței, **medicul trebuie să treacă la adaptarea la personalitatea bolnavului și vizând următoarele obiective: acomodarea psihică a acestuia la exigențele de ordin fizic, socio-familial și/sau profesional impuse de boală** (la cardiaci ele sunt adesea incomode!) și **crearea unei atitudini optimiste**, dar responsabile, față de perspectivele evolutive și de inserția socio-profesională, uneori chiar familială a bolnavului.

Tabelul 4. Factori de ordin demografic și psihosocial implicați în solicitarea precoce a ajutorului medical la debutul IM (după referințele 54, 55 din bibliografie)

DEMOGRAFICI/SITUAȚIONALI	PSIHOLOGICI
1. vârsta ridicată;	1. atenția mărită
2. căsătorit(ă);	2. acceptă dificultăți personale;
3. simptomele apar în afara locului de muncă și în lipsa activității fizice;	3. nu se resemnează ușor;
4. suport social bun;	4. control intern crescut;
5. prezența altor persoane în jur (inclusiv soț/soție);	5. anxietate extremă însoțind simptomele;
6. educație sanitară	6. răspuns endorfinic scăzut la stres

În îndeplinirea acestor obiective, medicul pune în joc cunoștințe psihologice și psihiatrice a căror însușire anterioară variază suficient de mult pentru a putea explica **marile diferențe dintre cardiologi, interniști sau omnipracțienii privind implicarea lor în probleme psihologice** adiacente (uneori cu rol cauzal) suferinței bolnavului (un studiu nepublicat, împreună cu H. Nicolae Iliea și Popa-Velea, relevă o mai mare implicare psihologică a medicilor primari generaliști).

Atunci când există posibilitatea unei munci „în echipă” (presupunând posibilitatea unei colaborări strânse dintre medic, psiholog și psihiatru) - se poate schița un algoritm de lucru - desigur perfectibil - privind abordarea psihologică a bolnavilor cardio-vasculari.

În esență, această abordare presupune **evaluarea componentei psihice etiopatogenice** a bolii și **prevenirea sau diminuarea - pe cât posibil - a recidivului somato-psihic** și a consecințelor în planul psihic al pacientului, al tulburărilor cardio-vasculare prezente.

În cadrul acestei abordări intră **evaluarea instantanee sau în etape (contacte ulterioare) a tipului de personalitate** a bolnavului, acordându-se concomitent **explicații minimalizatoare ale gravității** (atenție la ipohondrii!), preocupare (discretă inițial, ulterior manifestă) pentru **problemele de viață ale bolnavului** și - mai presus de toate - **optimism** legat de medicație, de valoarea unor explorări sau consultații și mai ales de prognosticul bolii. În privința aprecierii ponderii factorului psihogen în apariția și evoluția bolii, pot exista situații când este util să se apeleze la **psihologi (tulburările și sindroamele cardio-vasculare funcționale, reabilitarea postinfarct și postoperatorie ori după implantări de pace-maker etc.** și toate problemele de adaptare la noi modalități de existență legate de apariția sau de evoluția bolii). În afară de acestea, consultul psihologic poate fi util, mai ales în fața unor bolnavi dificili (de regulă nevrotici) și, în caz extrem, se poate recurge la un **consult psihiatric (bolnavii cu stări depresive și în genere cu**

afecțiuni nevrotice sau chiar psihotice, ca de exemplu cazurile de sindroame paranoide sau depresii grave după operațiile pe cord deschis - Kammerer).

Această orientare a medicului depinde și de educația sa psihosomatică, dar și de gradul în care el dorește și se simte apt să se implice într-o „**terapie simultană**” (Petzold) care include odată cu tratamentul medical, și dificultățile de ordin psihologic ale bolnavului, efectuând (adesea în mod firesc și implicit întregului act medical) o psihoterapie simplă de susținere.

Psihologului îi revin sarcini speciale de psihoterapie; în prezent, în multe clinici cardiologice se practică **aplicarea de rutină a unor forme de terapie de grup - cu avantajul „dispersării” anxietății bolnavilor, bazate pe exerciții adecvate** (din care training-ul autogen Schultz a devenit cvasiobligatoriu), conduse de psihologi anume instruiți. Sunt, de asemenea, utilizate frecvent tehnicile de **biofeedback** și de **terapie comportamentală**. **Arterapia** (meloterapia sau pictura ori sculptura, efectuată de bolnavi) practică, de asemenea, de unele servicii de cardiologie, are o valoare evidentă, mai ales, în cazurile în care bolnavii necesită o spitalizare îndelungată sau restricții mai mari de efort.

Luban-Plozza arată beneficiile unei **psihoterapii bifazice la cardiaci**, care implică inițial obținerea relaxării psihice, iar ulterior practicarea unei activități fizice dozate progresiv.

Trebuie accentuat rolul „formator-educativ” al psihologului, care - utilizând variate tehnici de psihodiagnostic și ajungând la o cunoaștere nuanțată a bolnavului - este în măsură **să corecteze o „trajectorie defectuoasă” comportamentală** a acestuia cu efecte nocive atât socio- profesionale, cât și asupra sănătății sale (v. corectarea tipului comportamental A, capabilă să prevină recidivele infarctului miocardic).

B. Principii generale de psihofarmacologie în BCV

Pe lângă măsurile farmacologice adresate direct efectelor SP hemodinamice (cu răsunset coronarian și sistemic) și metabolice (în special modificări dislipidemice) - trebuie acționat asupra sistemului nervos, prin intermediul unei medicații cu **rol sedativ și anxiolitic, menite să limiteze amploarea reacțiilor, în special cea catecolaminică, din cursul SP**.

Trecând la analiza principalelor grupe de medicamente ce pot preveni sau atenua rolul SP asupra aparatului cardio-vascular, vom aminti, în primul rând, **medicația anxiolitică**. Desigur că benzodiazepinele, creditate în tratamentul IM acut și cu acțiune antiaritmice, constituie un prețios adjuvant al terapiei antianginoase, antiaritmice și chiar a insuficienței cardiace (de ex. Bromaxepamul - observații personale la bolnavii cu tahicardii pozitive psihogene și extrasistole atriale, de asemenea emoționale).

Datorită efectului sedativ al acestei medicații, incompatibil cu o serie de profesii care solicită atenție maximă, încă din anii '70, interesul cercetătorilor dar și al clinicienilor s-a deplasat către **medicația blocantă beta** -

adrenergică. Astfel, Hawkins a reușit să evidențieze, utilizând drept criteriu de apreciere scara de anxietate Hamilton - efectul protector al oxprenololului în variate stări psihice. Acest efect terapeutic se manifestă prioritar **prin diminuarea simptomelor cardiovasculare de stres**, în condițiile păstrării unui răspuns normal la testele de atenție sau de abilitate motorie.

Aceste rezultate s-au dovedit superioare celor obținute printr-un tratament cu benzodiazepine, care, în plus de efectul sedativ, crează și pericolul unei farmacodependențe (Michael).

Betablocantele au rolul de a diminua tahicardia emoțională cu rol nociv binecunoscut la coronarieni. Astfel, într-un experiment (fișă) asupra unor chirurghi care au primit această medicație frecvența cardiacă este redusă considerabil (de la o medie de 127 bătăi pe minut la 83 bătăi pe minut) în momentele suprasolicitanțe din cursul unei intervenții chirurgicale.

Încercând să diferențieze o posibilă aptitudine în favoarea utilizării în tratamentul tulburărilor psihosomatice cardio-vasculare a medicației betablocante și a tranchilizantelor minore de tipul benzodiazepinelor, Simon considera că primele sunt de preferat când se dorește **protecția față de SP survenit intempestiv** (cu mediere principală prin sistemul nervos vegetativ), iar **tranchilizantele apar mai utile în cazul în care tulburările sunt generate de o afecțiune nevrotică** (o stare depresivă cu tulburări precordiale).

Asocierea între betablocante și tranchilizante, cu scăderea dozelor ambelor preparate s-a dovedit a avea un avantaj deosebit. Totuși, în insuficiența cardiacă prin cardiopatie ischemică - dată fiind acțiunea de reducere a contraactivității ventriculare a betablocantelor - pare mai rezonabilă utilizarea benzodiazepinelor (de tipul bromazepamului, de exemplu) care pot avea efect favorabil atât asupra tahicardiei și extrasistolelor, cât și asupra anxietății care le generează (Blanchi).

În plus, bolnavii anxioși prezintă de regulă, o hiperventilație cronică ce poate antrena vasoconstricția coronariană (Kalndl și Zilcher), așa încât **medicația anxiolitică este justificată în principiu atât la bolnavii anginoși, cât și la ceilalți coronarieni.**

Referitor la **medicația antidepresivă**, ea trebuie utilizată cu prudență, chiar la insistențele psihiatrilor, deoarece este grevată de o serie de riscuri (în principal prin reacția catecolaminică) de agravare a cardiopatiei ischemice. Aceste efecte disritmice sunt mai reduse la preparatele mai noi de tipul maprotilinei (urmărite de noi la astmaticii corticodependenți cu tulburări de ritm) și mai ales Mianserin-ului, care însă necesită prudență la bolnavii cu insuficiență cardiacă.

Considerăm că o **medicație betablocantă și anxiolitică cupiată cu o psihoterapie adecvată** (de susținere sau de un grad mai mare de complexitate, antrenând intervenția psihologului), constituie un bun remediu la bolnavii cardiaci, inclusiv cei cu HTA esențială, ea reprezentând un tratament de elecție la hipertensivii tineri (HTA juvenilă).

Bibliografie

1. Cay E.L., *Psychological problem in patients after a myocardial infarction* - Adv. Cardiol. 1982, 29, 108-112.
2. Von Eiff A., *Zur Physiologie und Klinik des stres* - Therapiewoche, 1984, 34, 52, 7192-7194.
3. Elliot R.S. și Morales Balejo H.M., *stres and the Heart Measuring and evaluating reactivity* - Hospimedica 1988, 5, 6, 55-61.
4. Elsdon-Dew R.W., Wink C.A., Birdwood G.F. (red), *The cardiovascular, metabolic and psychological interface* - Academic Press, London, Grune and Stratton, New York, 1979.
5. Garnier B., *Comment distinguer entre „santee” et „maladie” dans le domaine des troubles psychosomatiques cardio-vasculaires* - Kielholtz, loc. cit. 12, 21-27, 1982.
6. Haynes S.G., Feinleib M., *Type A behaviour pattern and the incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study* - Adv. Cardiol. 1982, 29, 85-95.
7. Iamandescu I.B., *Conceptia psihosomatică în medicina contemporană, Viața Medicală*, 1979, 2, 57-62.
8. Iamandescu I.B., *Stresul psihic și Bolile Interne*, vol.I, Ed. All, 1993.
9. Kaundl F., Zilcher H., *Douleurs d'allure angineuse en l'absence de maladie coronarienne* - loc. cit. 12, p. 231-237, 1982.
10. Kammerer W., *Chronische Herzkrankheit - Chronische Herzkrankheit - Psychologische Risikofaktoren* - Therapiewoche 1985, 3, 211.
11. Karasu T.B., Steinmuller R.I., *Psychotherapeutics in medicine* - Grune and Stratton, New York - San Francisco - London, 1978.
12. Kielholtz P., Siegenthaler W., Taggart P., Zanchetti A., *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires - quand et comment les traiter*, Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne, 1982.
13. Klumbies G., *Psychotherapie in Allgemeinmedizin* - Hirzel Verlag, Leipzig 1980.
14. Lang R., *Funktionelle Kreislaufregulationsstorungen* - Therapienwoche 1989, 39, 33-45.
15. Luban Plozza B., *Stationare von Behandlung von psychosomatischen Kranken* - Therapienwoche 1990, 40, 440-445.
16. Malchair A., *Environnement social et desordres psychosomatique* - Essentialia (UCB) 1988, 27, 2, 1-10.
17. Petzold E., *Psychotherapie bei Herzerkrankungen* - Therapienwoche 1990, 40, 44-445.
18. Rose R.M., Chap. - *Psychoendocrinology* - 653-672, în Wilson J., Foster D., *William textbook of endocrinology-Saunders*, Philadelphia 1985.
19. Taylor A., *Stress, hypertension et cardiopathie ischémique*, loc. cit. 12, 133-152, 1982.
20. William R.B., Haney T.L., Lee K.L. și col. *Type A-behaviour, hostility and coronary atherosclerosis-Psychosom. med.* 1980, 49, 539-549.

Capitolul 2

ELEMENTE DE PSIHO-SOMATICĂ REUMATOLOGICĂ

Ioan Bradu Iamandescu

Observațiile clinicienilor, asociate cu autoobservațiile unor pacienți - dintre care celebrul chirurg Christian Barnard a încredințat tiparului o remarcabilă patografie personală, "Cum să trăim mai ușor cu artrita" - au relevat o legătură cvasiconstantă, deși variabilă de la un bolnav la altul, între puseele de activitate ("încălzire") ale bolii reumatismale (inflamatoare sau degenerative) și factorii psihici.

În cele ce urmează vom analiza **implicarea factorului psihic ca element nociv** în geneza și agravarea evoluției bolilor reumatice **dar și ca un aliat** în tentativa terapeutului de a micșora disconfortul bolii și repercusiunile ei asupra calității vieții sau chiar de a elimina - prin intermediul medicației active - procesele patologice reumatismale (chiar dacă, cel mai adesea, remisiunea este efemeră).

I. Bazele psihologice și mecanismele psihofiziologice ale implicării stresului psihic în evoluția bolilor reumatismale

1. Premise teoretice

Va trebui avut în vedere faptul că, în bolile inflamatorii sau degenerative ale articulațiilor, elementele structurale principale afectate sunt membrana sinovială și musculatura periarticulară. Acțiunea factorului psihic va fi **implicată în modificările inflamatorii** pe care mediatorii reacției de stres le pot produce la nivelul ambelor structuri menționate dar și în **modificările de tonus muscular** (de regulă hipertonia afectând cu precădere musculatura cefei și lombo-sacrală). Traducerea în simptome clinice a unor astfel de modificări va fi reprezentată de gama variată a durerilor și de diversele grade de impotență funcțională.

Pe de altă parte un **comportament nociv pentru sănătate**, determinat de conduitele defectuoase adaptative față de stres ale unor bolnavi reumatici, va contribui la agravarea bolii de bază (de ex. consumul de alcool și sedentarismul, tendințele de cedare - lipsa de voință etc.).

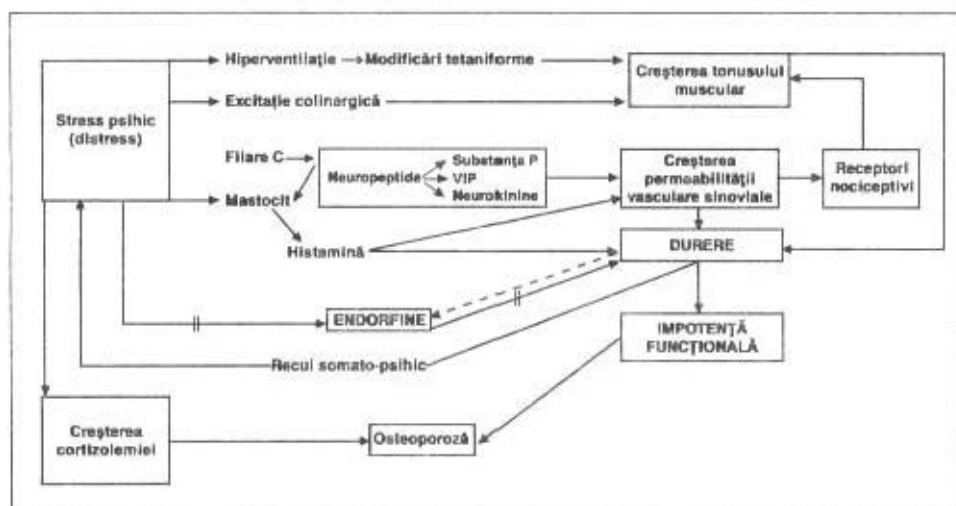
În sfârșit, **reculul somato-psihic al suferințelor fizice** ale reumatismului, va conduce la o reacție psihică dominată de anxietate și mai ales de de-

presie - generate de disconfortul somatic datorită durerilor cronice și afectării posturii sau locomoției - închizându-se astfel un cerc vicios psiho-somato-psihic în cadrul căruia, la nivelul "segmentului somatic" au o "intrare" constantă ceilalți agenți patologici ai bolii.

2. Ipoteze privind mecanismele implicate în declanșarea psihogenă a principalelor simptome la bolnavii recrutați

În figura 1 am încercat o reprezentare a unor mecanisme ipotetice (pe baza unor date din literatură referitoare la inflamație - Rihoux și la joncțiunea anatomică dintre fibrele C și mastocite - Bienenstock) ce pot fi incriminate în patogenia durerii și impotenței funcționale, alături de cunoștințele mai vechi (de ex. rolul tetanigen al hiperventilației inconștiente ce caracterizează stările de anxietate). Încercând o sistematizare a acestor mecanisme, vom distinge adevărate etape patogenice cu posibilă sancțiune terapeutică (psihoterapie sau medicație psihotropă ori fiziokinetoterapie).

Figura 1. Ipoteze privind unele mecanisme implicate în declanșarea psihogenă a principalelor simptome la bolnavii reumatici (schemă proprie)



1. Stres → declanșare (mediată de hormonii de stres și mediatori ai durerii), a celor două sindroame majore ale reumatismului articular și abarticular - durerea și impotența funcțională (cu posibilă evoluție și spre osteoporoză, care generează noi dureri, ca de altfel, și distrucția unor structuri articulare și periarticulare).

2. Acțiunea acestora asupra psihicului (recul somato-psihic) determinată de reacția în plan afectiv, în special, față de disconfortul generat de durere (agravată și de către forțarea compensatorie a altor segmente încă îndemne).

3. Acest disconfort este însoțit de **consecințele în planul calității vieții (izolare, abandonul unor hobby-uri și, mai ales, handicapul profesional).**

4. Ca urmare a acestor veritabile frustrări - apărute în bolile reumatismale, ca urmare a durerilor persistente și a limitării libertății de mișcare apar o serie de **tulburări somato-psihice (insomniile nocturne, somnolență diurnă, anxietate, astenie, irascibilitate etc.)** dintre ele cea mai redutabilă fiind depresia psihică. Există, însă, primejdia ca această depresie somatogenă (generată de suferința somatică) să fie alimentată de alte surse exogene, psihotraumatice, închizând un alt cerc vicios, capabil să contribuie la persistența durerii chiar și în fazele de acalmie clinică a procesului inflamator. De altfel, este bine cunoscută modalitatea de exprimare clinică a unei **depresii larvate (Kielholz)** sub masca unor sindroame dureroase cu localizare sacro-lombară sau cervico-dorsală (V. testul Glessen-Beschwerden) ca și a unor neuromialgii și artralgi nesistematizate, la unii pacienți etichetați cu multă ușurință drept reumatici, în ciuda lipsei oricărei evidențe obiective a unui substrat inflamator sau degenerativ al acuzelor respective. Dacă la un subiect indemn de o suferință lezională reumatică, **starea depresivă poate induce dureri cu caracter funcțional**, este cu atât mai legitimă agravarea veritabilelor dureri (cu substrat lezional) în cazul unui reumatism deja existent la care se adăunează o traumă psihică, inclusiv stresul psihic legat de avaturile bolii.

II. Dovezi clinice și de laborator privind rolul etiopatogenic al factorului psihic în bolile reumatismale

În sprijinul relației dintre stres și durere vin dovezile furnizate de însuși Christian Barnard a cărui introspecție în legătură cu factorii psihici și relația lor cu artrita reumatoidă, de care suferea, poartă girul mărturiei omului de știință:

- "articulațiile picioarelor și mâinilor mele se inflamau cu regularitatea unui ceasornic, când discuțiile noastre (cu soția n.tr.) căpătau un ton arțagos";

- "Am descoperit că există...o legătură strânsă între anxietatea mea și perceperea durerii, una o influență pe cealaltă" (p.69).

În plus, Schild (cit. de 9) relatează **exacerbarea durerilor și contracturii musculare din hernia de disc** după conflicte emoționale acute, ca și agravarea spondilitei anchilozante în situații emoționale cronice.

De fapt, studiul pragului durerii la subiecții normali, ca și la pacienții cu dureri cronice de etiologii variate a demonstrat **influența nocivă a stresului psihic, ce contribuie la scăderea pragului de apariție a durerii.**

Pe de altă parte, **stresul psihic contribuie la apariția contracturii musculare** (mai ușor de instalat, la un reumatic, atunci când musculatura peri-articulară este deja supusă la eforturi deosebite), fapt ce poate fi evidențiat de observațiile clinice în toate formele de reumatism (dar, în special, în reumatismul abarticlar) și este confirmat de rezultatele electromiogramelor.

Astfel, există bolnavi care afirmă că - **atunci când se stresează - ei percep în mod clar starea de contractură instalată chiar la locul durerii lor cronice** (Bernhard). Acestor contracturi subiective li se adaugă datele obținute pe **electromiogramă, investigând zonele musculare (în care bolnavul acuză dureri)** în cursul unui interviu stresant ce dezvăluie o agresivitate crescută a pacientului legată de anumite situații conflictuale ale sale (Moos și Engel). Invers, la fahirii indieni - capabili să doarmă pe cuie sau să se lase atinși de flăcări - a fost evidențiată o adevărată "**anestezie**", **explicată printr-o disociație subcorticală** între activitatea sistemului nervos central și cea musculară periferică. Această disociere este exprimată sub forma: "Creierul doarme iar corpul veghează" (Bernhard).

III. Personalitatea pacienților reumatici

Nu constituie un dat primar, predispozant pentru diversele tipuri de boli reumatismale, **decî nu face boala în mod efectiv un anume tip de personalitate**. În schimb bolnavii reumatici își modifică secundar personalitatea, conform statutului lor de bolnavi cronici, ca și cu unele repercusiuni specifice simptomelor reumatice de bază: durerea și impotența funcțională. **Trăsăturile de personalitate dobândite în cursul evoluției cronice** a oricărei boli, sunt - după Gerber - următoarele: **diminuarea activității psihomotorii, excitabilitatea (iritabilitatea) crescută, ipohondria și depresia**. Aceste trăsături sunt valabile și pentru bolnavul reumatic al cărui comportament începe să fie dominat de căutarea unor beneficii secundare bolii, conștient cu tendința spre izolare socială și cu o complianță terapeutică scăzută (în ciuda faptului că el devine ușor de manipulat de către cei din jur).

În schimb există **două tipuri de implicare în boală a diverselor tipuri de personalitate**:

- Bolnavii cu vulnerabilitatea la stres, inclusiv **cei cu personalități ipohondrice sau isterice, vor tolera mai greu durerea** (la fel și bolnavii depresivi);

- **Reacția la boală va fi mai accentuată la bolnavii cu trăsături imunogene negative** (anxietate, neuroticism, pesimism, depresie, cf. Marilou Bruchon - Schweitzer), ca și la cei cu loc de control extern față de stres (indivizii care "asistă pasiv" la ravagiile stresului psihic, considerând că nu depinde de ei posibilitatea limitării acțiunii nocive a stresului asupra sănătății lor). **În durerile cronice, caracterul intens și prelungit al acestora apare legat tocmai de prezența unui loc de control extern la bolnavii respectivi**).

□ Referitor la **modificările personalității bolnavului induse secundar** de caracterul cronic al bolii, Hohmeister descrie într-o primă fază a bolii (poliartrita reumatoidă) pacienți agresivi, încăpățânați - gata să apeleze la alt terapeut, în caz de eșec și aceleași pacienți, după câțiva ani de evoluție a bolii, devenite extrem de resemnate chiar răbdătoare și cooperante cu medicul curant.

□ **Afectarea musculară în reumatismul abarticular, ca de altfel și în celelalte forme de reumatism, (degenerativ și inflamator) este imputabilă**

unor factori specifici atunci **când ea are la bază o hipertonie, autosesizată de către bolnav ca o încordare (a cefei, în special)**. Interpretări psihanaliste mai vechi susțin ideea că, atunci când durerea afectează coloana cervicală, este vorba de o "fixare încăpățânată pe situație" a bolnavului respectiv iar când durerea își are sediul în regiunea lombară (la femei, cel mai adesea), ea ar traduce nevoia de compensare - printr-o poziție rigidă, - sentimente de neputință, generate de greutatea de a face față responsabilităților casnice și profesionale (Hohmeister în Luban-Plozza și col.).

În ciuda acestor interpretări speculative, rămâne totuși o urmă de adevăr în explicarea acestor **surse psiho-comportamentale ale hipertoniiei unor segmente (regiuni) musculare: orice expresie a unor stări afective pregnante antrenează și modificări posturale**, așa încât apariția și apoi reprimarea unei agresivități conduce la hipertonie a musculaturii cefei dar și a celei dorso-lombară. De altfel această situație se întâlnește în orice stres cronic ce se traduce prin aceeași încordare, în timp ce stările de descurajare se pot exterioriza prin hipotonia aceleiași regiuni musculare, afectând postura prin supraîncărcarea altor zone "compensatoare", care - în timp - pot să cedeze, prin apariția - la nivelul lor - a unor procese de uzură.

□ **La nivelul inserției în cadrul familiei sale, bolnavul reumatic devine un fel de "purător de probleme"** ale acesteia, contribuind adesea la estomparea situațiilor conflictuale intrafamiliale (mobilizarea în jurul său a celorlalți membri ai familiei).

IV. Medicația psihotropă în bolile reumatismale

A. Indicații generale

Apelul la medicamentele psihotrope este justificat la bolnavii reumatici în două circumstanțe, legate de simptomatologia bolii reumatice de bază:

- **existența unui răsunet psihic important al durerii**, caz în care - la acțiunea antialgică a medicației antiinflamatorii - se poate adăuga cea a unor preparate psihotrope: **sedative ușoare** (prezente în diverse formule, precum Codamin, ce conține Fenobarbital) dar mai ales **antidepresivele și neurolepticele - în doze mici** - ambele având, ca efect suplimentar, creșterea pragului apariției durerii.

- **existența unor sindroame psihiatrice asociate bolii reumatismale**, situație în care sunt posibile două atitudini terapeutice - din partea medicului curant:

- **apelul la medicul psihiatru** dacă exprimarea clinică a simptomatologiei este intensă și polimorfă sau dacă natura sindromului este endogenă;

- **asumarea responsabilității** de a trata simptomele psihice moderate reactive (exogene) față de suferința generată de acuzele de bază reumatice (durerea, impotența funcțională) și de complexul de inferioritate apărut în condițiile diminuării autonomiei sale (de mișcare, de îndeplinire a unor atribuții socio-profesionale sau a unor hobby-uri), ca și al creșterii consecutive

a dependenței sale față de cei din jur (devenită dramatică, în cazul persoanelor vârstnice singure).

B. Principalele tipuri de preparate psihofarmacologice utilizate

O schemă terapeutică cu psihotrope stabilită de Kocher (cit. de Labhart), încă din 1969, se menține actuală și în prezent. Este vorba de **combinația dintre antidepresive și neuroleptice**, administrate în doze mici. Efectul acestor psihotrope se exercită atât asupra simptomatologiei reumatice propriu-zise, cât și asupra haloului psihic al acestora deja menționat. Un consens, legat de lipsa de indicație (**chiar contraindicație**) a **benzodiazepinelor** se păstrează și în prezent, foarte posibil fiind acuzat efectul miorelaxant excesiv al acestei medicații, ca și frecvența instalare a dependenței.

1. Antidepresivele

În afară de **Clomipramină** (Anafranil-R) și **trimeprimin** (Surmontil-R, Labhart), astăzi se poate recurge și la **Amitriptilină**, **Mianserin** sau **Maprotilin** (care posedă și un efect tranchilizant), ca și la alte preparate de ultimă oră (**Tianeptin**, de ex.).

Administrarea acestor medicamente este posibilă și în doză unică vesperală, fapt ce canalizează somnolența - ca efect secundar des întâlnit - în direcția, utilă pentru reumatic, de combatere a insomniei acestuia.

Efectul antidepresiv, ca și de potențare a analgeticelor, este deosebit de util la pacienții cu dureri cronice, devenite o "a doua natură". În cazul în care **o depresie mascată imită o boală reumatismală**, administrarea antidepresivelor poate constitui o veritabilă probă terapeutică (produce dispariția simptomelor "reumatice", în absența asocierii medicației antiinflamatoare - analgetice).

2. Neurolepticele

Labhart consideră că o **combinație dintre un neuroleptic (Levomopromazin - în doze mici de 2 până la 6 mg/zi) și un antidepresiv** (dintre cele menționate) poate întrerupe cercul vicios reprezentat de anxietate - depresie - durere - anxietate.

Un loc aparte îl ocupă și **Haloperidolul** care posedă structură chimică asemănătoare morfinei (Koher), putând fi preferat Levomepromazinei.

De asemenea, preparatul **Opipramol** (Insidon-R) prezintă proprietăți mixte (neuroleptice și antidepresive), fiind adesea preferat de practicienii generaliști.

Nu trebuie omise efectele secundare ale celor două clase de medicamente psihotrope, după cum este necesară sublinierea că administrarea lor, trebuie făcută nu numai în doze mici ci și pe perioade scurte, de 2-3 săptămâni. Desigur, terapia cu psihotrope a bolnavului reumatic constituie doar **un adjuvant, adesea extrem de eficient, în cadrul terapiei complexe antireumatismale, fiind asociată cu alte procedee terapeutice precum**

fizioterapie, medicația antiinflamatoare și antialgică dar și cu o serie de metode psihoterapeutice (adesea poate fi înlocuită cu succes de către acestea).

Un caz limită îl constituie **tratamentul unui mare nevrotic acuzând simptome reumatice reale** (obiectivabile prin mijloace diagnostice de laborator). Considerăm că în tratamentul unui astfel de bolnav, cuplul de terapeuți - **psihiatru + reumatolog (internist sau generalist)** - trebuie să conlucreze strâns. Atunci când dificultăți obiective și subiective fac această conlucrare imposibilă, pare mai utilă **luarea în sarcină a bolnavului de către psihiatrul care trebuie, însă, ca să asocieze la tratamentul psihotrop și medicația antiinflamatoare sau antialgică** prescrisă la consultul reumatologic. În cazul invers, al preluării bolnavului de către reumatolog, sarcina acestuia poate deveni ingrătă și nici bolnavul nu pare să aibă un beneficiu.

V. Psihoterapia în bolile reumatismale

De regulă, medicul care tratează un bolnav reumatic întrunește - voluntar sau nu - atribuții de psiholog deoarece relația pur "tehnică" medicală dintre medic și bolnav este dublată inerent de o relație psihologică, de comunicare interumană, ce pornește de la obiectivul comun al ambilor parteneri: vindecarea (sau alinarea suferinței bolnavului).

Din această perspectivă, psihoterapia (PT) aplicată bolnavului de către medic este, **în primul rând o psihoterapie simplă, suportivă, de susținere (PTS)**. În cazuri mai dificile, relevând tulburări marcate ale personalității pacientului, este necesară **colaborarea cu psihologul** care în situații ideale - lucrează în clinica reumatologică, în calitate de "membru asociat" al echipei de îngrijire. Totuși, nu rareori, bolnavul reumatic, la fel ca și orice alt bolnav somatic, privește cu reticență (și ca pe o sustragere parțială de la responsabilitatea terapeutică) tentativa medicului curant de a-l trimite la psiholog. Referitor la situația trimeriei sale la consult psihiatric (în lipsa unor antecedente în domeniu), bolnavul se simte chiar lezat.

Din aceste motive, cel mai adesea - dar numai când terapeutul nu se simte depășit - **este suficientă aplicarea unei PTS adecvată specificului problematicei bolnavului reumatic** iar, atunci când este posibil, **trimiterea sa la diferitele proceduri cu caracter psihoterapeutic** (Training-ul autogen sau psihosomatic, de ex.). Aceste metode - fiind incluse într-un **program terapeutic complex (ex. gimnastica medicală, proceduri fizioterapeutice diverse, badterapia, etc.)** - nu mai apar ca o diluare a responsabilității terapeutului, în plus, bolnavii beneficiază de avantajele terapiei în grup (comunicare cu ceilalți bolnavi, ca și cu terapeuții respectivi, puterea exemplului celor care au reușit să domine boala, etc.).

A. Principii de psihoterapie suportivă la bolnavii reumatici

PTS este implicată de desfășurarea întregului act medical dar ea se înfăptuiește, aproape în totalitate, în cursul discuțiilor dintre medic și bolnav.

Medicul trebuie să pornească de la datele concrete ale situației bolnavului caracterizată - în linii generale - prin existența a două laturi cu impact psihologic major: **disconfortul bolnavului (dominat de durere) și handicapul, fizic în primul rând, generat de afectarea autonomiei sale (implicit creșterea dependenței) - și psihologic**, cauzat de situația de inferioritate (mergând până la perceperea unei veritabile stigmatizări). În Tabelul 1 figurează câteva caracteristici de psihoterapie de grup (după Csef), ce pot fi considerate ca repere și pentru discuția individuală cu pacientul reumatic.

**Tabelul 1. Terapia de grup (TG) în bolile reumatice:
Conținut și obiective (Felul modificat după CSEF - 1990)**

1. **Culegerea informațiilor despre boală** (Simptome, medicația primită, efecte secundare - bolnavul lăsat să-și exprime liber simptomele dar și propriile opinii, emoții, etc.)
2. **Clarificarea comportamentului său, ca bolnav** (Care tip de comportament influențează boala în mod pozitiv sau negativ)
3. **Convorbire deschisă despre sentimentele personale** (ale fiecărui bolnav) referitoare la experiența și problemele sale în legătură cu boala
4. **Modalități de ajustare (coping) în cursul stresului psihic**
 - centrare pe problemă
 - centrare pe emoție
5. **Coparticipare emoțională la ceea ce sunt ceilalți și invers**
6. **Efecte pozitive ale TG**
 - lărgirea comunicării
 - impact social din partea grupului
 - combaterea izolării, dificultăților de comunicare și anxietății
 - creșterea siguranței de sine
7. **Asocierea altor metode de TG**
 - training autogen/relaxare

Toate aceste considerații impun medicului practician o serie de precauții, realizând o adevărată regizare a relației sale cu bolnavul reumatic. Fără a avea pretenția de a oferi un model perfect și permanent valabil în acest sens, vom prezenta câteva sugestii (prelucrate după Labhart, Barnard și Luban-Plozza și col. dar și rezultate din unele observații personale):

➤ ascultarea atentă și răbdătoare a bolnavului, **favorizând verbalizarea emoțiilor sale**, strâns legate de simptomele adesea obsedante, ca și de ecoul lor în existența sa (a nu se manifesta, sub nici o formă, acea grabă a medicului pe care Luban Plozza o denumeste în mod sugestiv "Angina temporis"); **această verbalizare contribuie și la scăderea anxietății pacientului;**

➤ **luarea în serios a acuzelor pacientului (chiar și atunci când ele sunt mult modificate în cadrul haloului psihic ce are la bază personalita-**

tea dar și biografia bolnavului); o negare a autenticității suferinței pacientului reumatic sporește anxietatea și ulterior, depresia acestuia, conducând adesea la ruperea relației terapeutice (de fapt, nu contează dacă suferința bolnavului este preponderent psihică și mai puțin somatică, ea există ca atare și trebuie înțeleasă);

➤ **observarea atentă a mimicii**, ca și a gesturilor bolnavului, inclusiv - și mai ales - a acelor care se însoțesc de modificări posturale (de ex. camuflarea agresivității printr-o poziție încordată a cefei sau a trunchiului);

➤ în plus, este necesară **includerea, în setul de întrebări adresate pacientului, pe acelea care aduc informații de ordin psihologic** și pe care le-am considerat extrem de utile în anamneza oricărui bolnav psihosomatic (Iamandescu - 1997) ele putând să aducă informații cu referire la:

❑ existența unor **factori psihotraumatizanti în ultimele luni**, ca și o trecere în revistă foarte sumară a unor eventuale traume psihice majore în cursul biografiei pacientului.

❑ **relația dintre stresurile psihice și acutizările simptomatologiei** (pot fi cazuri în care această relație nu este evidentă).

❑ **modul în care boala (dar și medicația prescrisă!) afectează calitatea vieții pacientului** (pot fi utilizate, după terminarea anamnezei; unele chestionare consacrate în această privință, ca de ex. SF-36 Mosby); sunt importante detaliile cu privire la **dispoziția (depresivă, anxioasă)** a bolnavului, **tulburările de somn**, ca și **afectarea unor activități uzuale**, prin impotența funcțională generată de boală sau prin efectele secundare ale medicației). Nu trebuie omise nici tulburările de dinamică sexuală, destul de frecvente la bolnavii reumatici cu tulburări severe de statică sau imobilitate care acuză dureri la cele mai mici mișcări

➤ instaurarea unui **climat de încredere și de optimism terapeutic**, menit să consolideze o relație terapeutică benefică și să contribuie la creșterea complianței terapeutice, ca și la potențarea efectului farmacologic "în sine", obiectiv, al preparatelor administrate printr-un efect adițional psihologic, de tip Placebo, care depășește cu mult aproximativ 30% subiecți ameliorați (Placebo pozitivi) din studiile farmacologice consacrate unor noi medicamente. În acest din urmă caz, **la acțiunea antialgică a medicației administrate bolnavilor reumatici se adaugă și o anume cantitate de endorfine, generate de credința bolnavului în efectul benefic al medicamentelor pe care le-a primit**. Se înțelege că, în aceste cazuri - de bună relaționare între medic și bolnav - se pot utiliza doze mai mici de medicamente antiinflamatorii și de psihotrope datorită acestor factori psihici mobilizați și antrenați - prin mecanisme încă necunoscute - în procesul vindecării.

B. Procedee psihoterapeutice speciale utilizate în bolile reumatismale

Sunt extrem de utile în cazul asocierii cu celelalte procedee terapeutice (medicamentoase, fizice, etc.) dar, de regulă, sunt efectuate numai sub îndrumarea unor psihoterapeuți specializați în metodele respective. Totuși, având în vedere că majoritatea acestor procedee vizează relaxarea musculaturii hipertone, concomitent cu o relaxare psihosomatică ge-

nerală, există posibilitatea învățării de către pacient a conținutului exercițiilor unei metode și autoaplicarea lor ulterioară, la domiciliu sau în oricare loc ce permite relaxarea acestuia.

Așa este cazul cu **"antrenamentul autogen" - Schultz (Autogenic Training)** care se bazează pe conștientizarea de către pacient a cenesteziei sale somatice prin sugestia transmisă de terapeut - în momentul învățării exercițiilor în grup - și apoi prin **autosugestia pacientului, referitoare la aceleași senzații de liniște și relaxare a diferitelor părți ale corpului:** membre, inimă, aparat respirator, abdomen, regiune cefalică. Pentru bolnavul reumatic această "autorelaxare concentrată" are valoare prin referirea la grupele musculare și la sentimentul de liniște și relaxare trăit atât la nivel psihic, cât și somatic de către pacient. Exercițiile pot fi însoțite de **muzică**, (posedă un efect musculorelaxant), iar însușirea lor se poate face în maximum 2 săptămâni, ulterior pacientul putând să efectueze singur - acasă ori într-o pauză de serviciu - unul sau două exerciții (cu durate de câteva minute). Pentru bolnavii reumatici **cele mai indicate sunt primele 3 exerciții ("liniște", "greutate", "căldură")**.

O variantă, activă, a acestei metode o constituie **"Training-ul psihosomatic" elaborat de Luban Plozza**, constând într-un complex de exerciții centrate pe respirație și însoțite de masaj, totul pe un fundal muzical. Această formă de psihoterapie combinată cu mișcarea și muzica pare să fie cea mai indicată pentru bolnavii reumatici.

În esență, toate aceste exerciții de relaxare, fie pasivă (ca în T.A. Shultz) fie active (ca în antrenamentul psihosomatic) conduc în ultimă instanță la concentrarea pacientului asupra senzațiilor sale organice, ca și a imaginii corpului său.

Muzicoterapia apare ca o reală promisiune în cadrul complex al bolnavilor reumatici. În afara efectului cert de **relaxare**, ca și a celui de **comutare a preocupărilor anxioase** sau "gândurilor negre" spre o lume imaginară, încărcată de frumos - muzica are capacitatea de a induce la ascultător **creșterea secreției de endorfine** (Harvey cit. de Van Deest). De altfel, de mai bine de două decenii, muzica a fost utilizată ca important adjuvant în anestezia practică în unele intervenții chirurgicale (inclusiv în stomatologie sau ginecologie) și, de asemenea, pentru diminuarea durerilor din timpul travaliului obstetrical (Springte și Droh).

C. Complanța terapeutică la bolnavii reumatici

Încercând o privire succintă a complianței terapeutice (CT), am putea afirma că ea reprezintă gradul de aderență a bolnavului la indicațiile medicului, referitoare la medicație, dietă, mod de viață, etc.

Tendința bolnavilor reumatici la hipocomplianță ar putea fi mai redusă decât în alte boli psihosomatice deoarece durerea reprezintă un simptom pentru a cărui combatere pacientul este gata să respecte cele mai draconice prescripții medicale. Pornindu-se de la aceste premise și în acord cu noile principii de tratament (observate, de ex., în astmul bronșic), ameliorarea complianței terapeutice se bazează pe **instaurarea așa-numitului "par-**

teneriat pentru sănătate" ce constă în libertatea (parțială) de decizie acordată bolnavului care - în condițiile unei bune și obligatorii instruirii despre cauzele, principalele mecanisme ale bolii, ca și despre rațiunea tuturor măsurilor terapeutice - poate să-și modifice temporar medicația (dozele) (până la un nou control medical) și trebuie să-și exprime liberul consimțământ asupra diferitelor restricții impuse de conduita terapeutică. Este lesne de înțeles că o serie de **factori psihologici, dependenți de medic, pacient, anturajul** acestuia dar și de natura disconfortului, restricțiilor impuse de boală sau de acțiunea medicamentelor (efecte secundare, inclusiv agravarea unor boli asociate, etc.) concură la ecuația personală a bolnavului referitor la CT.

D. Asociații ale bolnavilor reumatici

Ca și în alte boli cronice psihosomatice, ca de ex. bolile coronariene sau diabetul zaharat și, în ultimul timp, astmul bronșic - bolnavii reumatici și-au format propriile asociații care **au ca scop instruirea și exemplificarea unui mod de viață adaptat problemelor bolilor reumatismale**, oferind și condiții de **participare în comun la anumite forme de terapie, în special fizică**.

O astfel de organizație este reprezentată de către Rheuma-Club, înființat în 1979 la Munchen. Activitatea acestui club se desfășoară sub forma unor **ședințe de terapie în grup o dată pe săptămână** (miercurea între orele 18-19,30, spre a putea avea acces și pacienții activi profesional). Se începe cu **gimnastica în bazinul cu apă** (încălzită la 32-34°C) și, după 45 de minute, se continuă cu un **program de exerciții fizice la sala de gimnastică**. Ulterior au loc **discuții între membrii grupului** (maximum 10, de regulă - 6-7 pacienți) **și cu terapeutul**, prilej pentru bolnavi de a-și împărtăși reciproc problemele lor sufletești - ieșind din Izolarea impusă de boală - dar și de a discuta despre suferințele generate de boală. Un rol important îl au exemplele vii ale acelor bolnavi care au reușit să depășească fazele critice ale bolii. Efectele favorabile asupra evoluției bolii au fost comparate cu rezultatele - mult sub așteptări - obținute de către aceiași bolnavi într-o fază anterioară când ei au urmat același tip de program la domiciliu (băi calde în cadă, urmate de aceleași exerciții de gimnastică), lipsindu-le doar avantajele comunicării, inclusiv al verbalizării senzațiilor generate de boală ca și ale emoțiilor (Stocksmeier și Pinno-Poweleit).

Bibliografie

1. Barnard C. *Cum să trăim mai ușor cu artrita*. Rohn Direct Impex, București, 1994, p. 63-71, 95-101.
2. Beck D. In: *Psyche und rheuma psychomatische Schmerzstand des bewegungsapparates*, Schwalbe, Euler Publ. Basel, p. 180-186, 1975.
3. Buddenberg C., Kaufmann P., Radvila A. *Introduction: Qu'est-ce que la médecine psychosomatique et psychosociale?* În: *Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse*. Bâbler, Bern 1993 (eds. Buddenberg C., Kaufmann P., Radvila A.), p. 57-62.
4. Bernhard P. *Chronische funktionelle schmerzstande des bewegungsapparates auspsychosomatischer Sicht*. Ther. Woche, 1983, 33, 3837.

5. Gerber R. Cap. Chronisches kranksein. In: *Psychosoziale Medizin* (Hgst. J. Willi und E. Heim, Berne, 1995, p. 529-538).
6. Iamandescu I. B. Psihologie medicală, p.113-119, p. 251-259, ed. Infomedica, București, 1995.
7. Iamandescu I. B. Bolile psihosomatice - argumente pentru reformularea conceptului. *Infomedica*, 1997, 1, 10-11.
8. Ikemi Y. *Integration of eastern and western psychosomatic medicine*. p. 1-7, p. 26-35, Kunshu University Press, 1996.
9. Keeol O. J. *Neurosurgery*, 1984, 15, 935.
10. Labhardt F. *Psycho und psychopharmakotherapie bei rheumatischen erkrankungen*. *Therapiewoche*, 1985, 35, 1235-1242.
11. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kröger F. Boli psihosomatice în practica medicală. Ed. Medicală, București, 1996, p. 239-252.
12. Spingte R., Droh R. *Musik-Medizin*. G. Fischer, Stuttgart-Jena-New York, 1992, p. 23-30, 92-94.
13. Van Deest. *Hailen mit Musik*, Thieme, Stuttgart, 1997, p. 28-40.

Capitolul 3

ELEMENTE DE PSIHO-SOMATICĂ ALERGOLOGICĂ

Ioan Bradu Iamandescu

I. Psihoneuroalergologia - domeniu de interferență între acțiunea factorilor imuno-alergici și factorii psiho-sociali, din perspectiva psihosomatică și somato-psihică

1. Argumente preliminare. Scurt istoric

În ultima jumătate de secol, relațiile psihologiei cu medicina au început să se emancipeze de sub tutela psihiatriei de orientare psihanalitică (deși mai există numeroase sechele). Intervenția activă a unor cercetători din rândul corpului medical - care au asociat numeroși psihologi și sociologi la studierea epidemiologiei unor boli psihosomatice de largă răspândire, între care și astmul alergic sau dermatita atopică - a reușit să contureze, alături de factorii de risc somatici, o serie de comportamente nocive pentru sănătate ca de exemplu tipul comportamental A, desemnat ca factor de risc pentru bolile coronariene. De asemenea, observațiile clinicienilor - atunci când au căpătat și girul psihologilor care au utilizat diferite teste, în special în domeniul trăsăturilor de personalitate - au putut evidenția apariția unui comportament regresiv al omului bolnav, generat de suferința sa (mai ales în bolile cronice cu evoluție prelungită).

La bolnavii psihosomatici au mai fost observate frecvent o intensă anxietate, întreținută de perspectiva revenirii unor simptome extrem de penibile (durere, dispnee, etc.), ca și o stare depresivă generată de frecvențele recidive, ca și de o serie de eșecuri terapeutice. Considerându-se și implicarea factorilor psihosociali în apariția bolilor în general dar mai ales a celor psihosomatice, s-a creat premiza unor modele explicative ale apariției diverselor îmbolnăviri.

Așa s-a născut modelul bio-psiho-social postulat de către Engel și constituind o premisă teoretică logică pentru explicarea rolului diverselor categorii de agenți etiologici capabili să prevină îmbolnăvirea ori agravarea unei boli deja existente.

Este lesne de înțeles că două dintre rădăcinile bolii (psihică și socială), diferite de cea biologică (legată de "soma"), explică intervenția factorului

psihic (psyche) întrevăzut încă din antichitate ca având un rol important, adesea nelipsit, în patogenează.

Acest model al bolii constituie în același timp și factorul de legitimitate pentru Medicina psihosomatică, concept ce desemnează o dublă entitate:

□ *teoretică*, fondată pe concepția psihosomatică, bazată pe explicarea unității dintre psihic și somatic, atât în cadrul mecanismelor patogenezei cât și în cel al vindecării bolii (Buddeberg și colab.).

□ *practică*, bolile psihosomatice, concepute ca boli cu etiologie multifactorială dar cu o componentă psihogenă obligatorie, fie asociată cu ceilalți factori specifici organului afectat, fie acționând alternativ cu aceștia sub aparența exclusivității (Iamandescu 1980, 1997) (de exemplu un astm intrinsec presupus psihogen, dotat cel puțin cu o hiperactivitate bronșică nespecifică).

Psihosomatica de esență psihanalitică a început în ultimile două decenii să opereze cu concepte psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice și biochimice, iar în planul terapeutic cu o serie de metode psihoterapeutice axate pe modificarea comportamentelor nocive pentru sănătatea individului.

Stabilirea domeniului de includere a bolilor psihosomatice din rândul diferitelor specialități medicale (vom mai reveni asupra acestui subiect) constituie și în prezent o tentativă nu lipsită de riscuri. Totuși, acolo unde ponderea etiologică a factorului psihic a apărut ca fiind remarcabilă, s-au constituit chiar veritabile interramuri ale medicinei psihosomatice. Buddeberg și colab. citează într-o lucrare relativ recentă (1995) câteva astfel de domenii aplicative ale psihosomaticii: psihosomatica ginecologică, reumatologică, dermatologică, cardiovasculară, etc.

A sosit momentul ca, după magistrala deschidere, realizată de Ader, în domeniul psihoneuroimunologiei, să putem inaugura un alt domeniu, înrudit cu acesta dar și "mai psihosomatic" - acela al Psihoneuroalergologiei.

Psihoneuroalergologia poate fi definită ca o disciplină de interferență între alergologie și psihologie, dar cel puțin în acest moment în care alergologia constituie încă un "tot unitar" (neexistând o separare între alergologia preclinică și cea clinică), ***această nouă disciplină poate fi reclamată de psihosomatică ca o nouă subramură a acesteia***.

O activitate de peste 25 ani în această zonă de interferență între alergologie și psihologie, mă îndreptățește, sper, să încerc în lucrarea de față o conturare a acestui nou teritoriu al Psihosomaticii.

Din cercetarea literaturii consacrate relațiilor dintre alergologie și psihologie considerăm că se pot distinge două etape:

- *cea inițială* (la mijlocul secolului XX), dominată de abordarea acestei relații ***aproape exclusiv prin prisma concepției psihanalitice*** (Școala lui Alexander, profilurile psihosomatice elaborate de Flanders Dunbar, etc.), dar care a furnizat - printre altele - metodologia actuală de investigare a ponderii factorului psihic în etiopatogenia astmului bronșic, bazată pe conceptul de boală multifactorială a acestuia (Freour) și stabilirea relațiilor cronologice între evenimentele psihotraumatizante și fluctuațiile evoluției bolii (Kourilsky);

- *etapa ultimului deceniu*, caracterizată prin elaborarea unor lucrări cu privire la intervenția factorului psihic ca trigger suplimentar al unor sindroame clinice cu etiologie predominant alergică, analizând și **mecanismele psihoneurofiziologice implicate** (Barnes, Rihoux, Marone, Biennenstock, Grob, Ballieux etc), sau **indicul de calitate a vieții** la bolnavii alergici (E. Juniper, Bousquet și colab. etc), ca și modul în care se poate edifica un veritabil **"parteneriat pentru sănătate"** al bolnavului astmatic (Edith Raamekers), posibil de a fi atins și la alte boli alergice.

Întrucât din 1970 și până în prezent, am trăit această evoluție a concepțelor de "Psihosomatică alergologică", sper ca la o eventuală revenire ulterioară asupra acestui subiect să consacru un paragraf mult mai consistent istoricului devenirii Psihoneuroalergologiei.

Ceea ce este încă un prilej de nemulțumire față de felul cum este privit acest domeniu de către comunitatea alergologică, este absența Psihoneuroalergologiei din "main topics" a Congreselor EAACI (excepție 1991) la care am participat până în acest an (1998).

O altă excepție o constituie includerea unei topici "Psychosomatic problems in allergology", la primul Congres Balcanic de Alergologie în 28-29 mai 1998 (Președinte al Comitetului de organizare Prof. Jenny Mileva).

2. Conceptul de Psihoneuroalergologie, sfera domeniului și obiectivele sale

Deoarece obiectivele și sfera de preocupări a PNA sunt aplicații ale Psihosomaticii și Medicinii Psihosociale în domeniul alergologiei, se cuvine să prezentăm succint noțiunile de bază ale acestor discipline.

De asemenea, după cum am mai afirmat la începutul acestei cărți, **psihoneuroalergologia (PNA) apare în opinia noastră ca un domeniu de interferență între alergologie, psihoneurofiziologie și psihologie clinică**. Ea poate fi considerată, fie ca un domeniu particular al Alergologiei (care până acum nu-l revendică!), fie ca o **subramură a Psihosomaticii** (care, chiar și sub o formă nesistematizată, a înregistrat preocupări în acest domeniu).

Obiectivul său major este studierea reacției biunivoce (de interdependență) dintre viața psihică a unui individ predispus genetic (atopicul, în primul rând) și evoluția alergiei sale, începând cu apariția hipersensibilizării latente clinic, continuând cu primele manifestări patologice patente - în al căror determinism factorul alergic și cel psihic se influențează reciproc - și sfârșind cu aspecte severe legate de intricarea alergiei cu alte etiologii.

De altfel, în mod analog cu cele două științe generale de interferență dintre medicină și psihologie, domeniul psihoneuroalergologiei cuprinde două zone interdependente:

- *influența vieții psihice asupra constituirii inflamației alergice (psihoneurofiziologie alergologică)* până la apariția manifestărilor clinice percepute de către bolnav, zonă aflată în sfera psihosomaticii propriuzise;

- *reacția bolnavului față de simptomele sale, ca și față de comportamentul echipei medicale și a tuturor celor care îl îngrijesc (fără a omite și com-*

ponenta psihologică a acestui colectiv de îngrijire, generată de contactul cu bolnavul și problemele acesteia) - zona aflată în sfera medicinei psihosociale și putând fi provizoriu definită ca *Psihoalergologie clinică*.

Ambele "zone" ale PNA au un sector comun "psihosomatic" de convergență, de esență psihologică și psihofarmacologică, dar și de esență managerială, cu elemente psihosociale implicite (organizarea unui cadru socio-profesional și instituțional de abordare concertată a problemelor comune unor categorii de boli alergice de largă răspândire, cum ar fi astmul alergic, dermatita atopică, alergiile medicamentoase și alimentară, etc.).

Domeniile de definiție ale PNA reprezintă în același timp obiective de interes diagnostic dar mai ales profilactic și terapeutic deoarece evoluția unui proces alergic este supusă legilor actuale, privind etiologia multifactorială a unui sindrom, cu includerea în rândul agenților etiologici - pe lângă cei principali, alergici - a unei serii de factori nespecifici bolii respective, denumiți **triggeri**. Aceștia au proprietatea de a declanșa aceleași manifestări clinice, la fel ca și agentul etiologic "de bază" (alergenul).

În cazul unor boli cu etiologie alergică dominantă precum astmul alergic, dermatita atopică, etc. sau al unor boli alergice propriu-zise (polinoza, alergiile medicamentoase ori la veninul de himenoptere, de ex.), *triggerul psihogen poate acționa alternativ cu alergenul sau sumativ cu acesta* în declanșarea sindroamelor respective dar el poate și să "sape" la fundația bolii prin mecanisme care accentuează inflamația alergică sau diminuează activitatea unor componente ale sistemului imun (acestea din urmă sunt întărite în cazul psihoterapiei).

În același timp, ca toate bolile psihosomatice, alergiile cu manifestări clinice - generatoare de disconfort dar și ale unei veritabile anxietăți - referitoare la amenințarea adesea vitală ca și a inserției individului în mediul său social (familiar și profesional în primul rând) - sunt considerate ca *afectând calitatea vieții bolnavilor*. Ele trebuie abordate prin prisma concepției psihosomatice care extinde investigația clinică (mai ales la nivelul anamnezei) *în direcția considerării intervenției factorului psihic ca trigger* al manifestărilor clinice și ca element ce poate marca evoluția bolii. În plus, factorul psihic trebuie privit și din punctul de vedere al implicării sale în relația bolnavului alergic cu medicul și cu persoanele capabile să-i ofere un suport moral, ca și din punctul de vedere al *implicării unor elemente psiho-sociale în complianța terapeutică*, element de bază al actului medical și având, la bolnavul alergic (astmatic în special), serioase neîmpliniri.

Sintetizând, după Spector și Micklas, problemele psihologice ale bolnavilor alergici, le redăm în *tabelul 1*.

După această conturare inevitabil sumară a domeniului PNA, vom încerca să propunem următoarele obiective ale acestei noi științe interdisciplinare:

1. Stabilirea ponderii factorului psihic (reprezentat în special, de stresul psihic sub variatele sale fațete) în dinamica procesului alergic.

Este apreciată cu începere de la etapa infraclinică (edificarea hipersensibilizării) și până la evoluția spre etapele severe, ale bolii alergice, intricată cu alte etiologii. Tot în cadrul acestui obiectiv se înscriu și preocupările diverșilor

autori de a cerceta natura diferiților factori psihotraumatizanti ca și mecanismele psihoneurofiziologice prin care aceștia acționează asupra diferitelor verigi ale reacției alergice, ca și asupra evoluției clinice a unei boli alergice sau a unui sindrom cu componenta etiologică alergică.

**Tabelul 1. Probleme psihologice ale bolnavilor alergici
(modificat după Spector și Micklas)**

1. Declanșarea psihogenă a puseelor (urticarie) sau a crizelor (astm), etc.
2. Perceperea unor stări de frustrare, supărare sau conflicte în sânul familiei.
3. Pierderi cu impact afectiv major (decese, divorț, concediere, schimbarea locuinței, etc.).
4. Referiri frecvente la moarte, stare de neajutorare sau lipsă de speranță.
5. Modificări comportamentale, labilitate emoțională, fumat excesiv, abuz de alcool.
6. Evidența unor abuzuri fizice sau sexuale.
7. Probleme conflictuale cu anturajul familial și profesional.
8. Noncompliance - de cercetat cauzele.
9. Abilități intelectuale și motivaționale reduse pentru îndeplinirea monitorizării progresului terapeutic.

2. Cercetarea impactului bolii alergice asupra psihicului bolnavului afectat

Implică o considerare a trei mari categorii de probleme:

a) *reculul somato-psihic, ca reacție psihică la disconfortul specific bolii*, concretizat prin tulburările în sfera psihică acuzate de un bolnav ca urmare a simptomelor sale alergice din cursul episoadelor acute ale bolii (de ex. insomnia ori somnolența diurnă la un astmatic cu crize nocturne, iritabilitatea și starea de jenă a unui bolnav cu un prurit frecvent, în cadrul unei urticarii sau dermatite atopice, etc.);

b) *reacția psihică față de posibilitatea repetării puseelor* de activitate ale bolii alergice (de regulă, o stare de anxietate, de așteptare, ca în cazul crizelor de astm sau al puseelor de edem glotic, cu evoluție greu controlabilă) ori *o anxietate de perspectivă sau o stare de descurajare* - mergând până la depresie - (ca în cazul nevoii de tratament medicamentos la bolnavii cu alergii medicamentoasă);

c) *studiul indicatorilor de calitate a vieții (QOL)*, cu implicații în viața psihică a bolnavului, în sfera sa motivațional-afectivă dar și a randamentului său fizic și intelectual vizând inserția sa socială (familială și profesională).

3. Modificările personalității bolnavului alergic

Au în vedere cele două direcții de abordare impuse de disputa dintre numeroșii autori care au studiat personalitatea bolnavilor alergici, în special

pe cea a astmaticilor. Anticipând opinia noastră, expusă într-un capitol ulterior, se pot avea în vedere:

- *trăsăturile de personalitate premorbide*, cu rol favorizant în apariția mai facilă a unui stres psihic (Iamandescu, 1980, 1993) și în comportamentul nociv al bolnavului alergic (compliance terapeutică redusă, amplificare psihogenă a momentelor evolutive ale bolii, etc.)

- *trăsăturile de personalitate induse secundar de evoluția cronică* a unei boli alergice, generatoare de disconfort psiho-fizic, ca și al unor probleme socio-profesionale. Sunt comune tuturor bolnavilor cu boli psihosomatice cronice dar, în cazul alergicilor, aceste trăsături de personalitate (dominate de depresie) capătă nuanțe particulare.

4. Tulburările neurologice și psihiatrice induse de sindroamele cu etiologie alergică dominantă.

Dacă tulburările neurologice de cauză alergică sunt fie insuficient cunoscute, fie controversate, tulburările psihiatrice sunt destul de frecvent întâlnite, cel mai adesea fiind izolate dar având uneori și o "configurație neurotică" (atacuri de panică, stări depresive). În schimb foarte mulți bolnavi alergici (în urticaria cronică de ex. sau în astmul bronșic corticodependent) suferă o veritabilă "dezvoltare nevrotică" (termen abandonat de ultimele DSM-III și IV - dar care poate desemna o "stare de fapt" clinică destul de superpozabilă unei modificări secundare a personalității). Importanța izolării acestui obiectiv de studiu al PNA constă în focalizarea interesului pentru *acel eșanșon de populație cu boli alergice care necesită consult psihologic și/sau psihiatric*, ca și - destul de des - apelul la mijloace psihofarmacologice.

5. Introducerea unor proceduri psihoterapeutice simple (suportive) sau complexe, în mod sistemic la bolnavii alergici, în funcție de ponderea în dinamica bolii a factorului psihic asociat, ca și de circumstanțele de instituire și de desfășurare a relației terapeutice.

Constituie un vast capitol, în continuă extensie a PNA, începând cu principiile de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici, continuând cu psihoterapia simplă (de susținere) și terminând cu psihoterapiile complexe (de relaxare, experiențiale, muzicoterapie, etc.) cu accentul pe grupul terapeutic.

În esență, scopurile și posibilitățile diverselor forme de psihoterapie pot fi rezumate astfel:

□ *anihilarea sau atenuarea intervenției factorului psihic* în evoluția bolii alergice manifeste clinic;

□ *ameliorarea integrării sociale a individului*, paralel cu corectarea indicilor de calitate a vieții de natură psihologică (inclusiv acomodarea bolnavului în situațiile imposibil de ameliorat);

□ *influențarea efectivă a simptomelor bolii alergice* (de ex. biofeedback, muzicoterapie, hipnoza, etc.);

6. Asigurarea unei compliance terapeutice optime

Implică - în plan psihologic, inclusiv educațional - atât factorul cantitativ reprezentat prin creșterea raportului procentual dintre indicațiile urmate de

bolnav și cele prescrise de către medic cât și factorul calitativ, reprezentat de participarea activă, în cunoștință de cauză a bolnavului alergic la propria sa vindecare.

O importanță crescândă, în special la bolnavii alergici, o prezintă antrenarea familiei (alături de medic, studenți, infirmiere, asistenți sociali) la îngrijirea bolnavului alergic, modalitate realizabilă după exemplul modelului Monte Verita (Luban-Plozza).

7. Organizarea unui model de viață al bolnavului alergic, pornind de la educarea alergicilor (dar și a celor predispuși) sau realizarea unor facilități privind adresabilitatea la medic și culminând cu constituirea unor veritabile asociații ale acestor bolnavi (de exemplu astmaticii), menite să concentreze avantajele abordării complexe a bolilor alergice inclusiv oferirea unor mijloace variate de a depăși inconvenientele.

Vom releva pe parcursul acestei lucrări fiecare din obiectivele înfățișate mai sus, fie în cadrul acestei părți de PNA generală, fie în cadrul tratării principalelor boli alergice (astmul bronșic, dermatita atopică de ex.).

Bibliografie

1. Ader R (red). *Psychoimmunology* - Academic Press-London, New York 1981.
2. Ballieux RR. *Psyche and immune response Fisons Summary Service Wednesday May 22 EAACI - Congress Zurich 1991.*
3. Barnes PJ. *Neural mechanisms pp. 161-174, in asthma in Advances in allergy and clinical immunology (Ed.Godard pH., Bousquet J. și Michel F.B.). Parthenon Publish. Group, Lancs UK. New Jersey, 1992.*
4. Bienenstock J. *Psychoneuroallergy - a reality in Conversations in allergy (IV) - pp. 15-18, UCB - Institute Allergy, Brain l'Alleud, 1995.*
5. Bonini Se, Bonini St, Lambiasi A et al - *Immune, endocrine and neural aspects of allergic inflammation - 475-481, vol.XVI - European Congres of Allergol. Clin. Immunol. Monduzzi, Bologna, 1996.*
6. Bousquet J *How do we optimise asthma assessments ? in Eds. Clark T.H., Falori I.M. How do we optimise asthma therapy ?, pp. 27-30, Excerpta Medica, Amsterdam 1992.*
7. Bousquet J, Godard Ph, Michel FB (eds) *Allergologie, pp. 227-242, Ellipses, Paris, 1993.*
8. Bousquet J, Michel FB. *Socio-economic aspects of allergic diseases p.178-184, in Wuthrich B. - Highlights in allergy and clinical Immunology. Hogrefe and Huber, Bern, 1991.*
9. Buddeberg Cl, Radvila A, Kaufmann P, *Was ist Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, in Medecine psychosomatique et psychosociale en Suisse. Verlag Babler-Bern, 1993.*
10. Dunbar F. *Synopsis of psychosomatic medicine. Mosby, St.Louis, 1948.*
11. Engel GL. *The need for a new medical model. A change for bioscience. Science. 1977, 196:129-136.*
12. Freour P, *Asthme - une maladie complexe, - Bordeaux Med., 1969, 1, 11, 11 012.*
13. Freour P, *L'asthme - terrain d'affrontement pour les conceptions medicales, - Nouv. Press Med., 1979, 8, 30, 2449-2650.*
14. Graham DT, *Psychosomatic medicine, in red. Greenfield M, and Sternbach R, Handbook of Psychophysiology, Rinehart Winston, New York 1972.*

15. Graham P. *Childhood asthma: A psychosomatic disorder ? Some epidemiological considerations.* Br. J. Prev. Soc. Med. 1977, 21:78.
16. Grob. P. *Stress related disorders.* Fisons Summary Service. Wednesday, May 22 EAACI - Congress, Zurich 1991.
17. Iamandescu IB. *Corelații psiho-somatice în astmul bronșic.* - Teză de Doctorat, IMF București 1980.
18. Iamandescu IB. *L'insertion des stimuli psychiques dans les mecanismes etiopathogeniques de l'asthme bronchiques avec trigger psychogene. Considerations sur certaines etudes personnelles (epidemiologique et psychologique).* Rev.Roum.Psychol., 1990, 27, 2, pag. 121-135.
19. Iamandescu IB. *Stresul psihic și bolile interne,* ALL, București, 1993
20. Iamandescu IB - *Stresul psihic la interferența Psihologiei Medicale cu Psihosomatica.* - J.med., 1993, 2, 17-19.
21. Iamandescu IB. *Principles of psychosomatic approach of allergic patients* - Rev.Roum.Psychol. 1993, 37, 1, 79-90.
22. Juniper Elisabeth - *Measuring health-related quality of life in rhinitis* J. Allergy Clin Immunol 1997; 99:S742-9.
23. Kourilsky R. - *Le conflit de personalite chez l'asthmatique* J.Fr.med.Chir., 1963, 2, 135.
24. Lubban-Ploza, B. Poldinger W, Kroger F. *Boli psihosomatice în practica medicală* (trad.E.Toma). Ed.Medicală, București, 1996.
25. Marone G. *The concept of basophil and mast cell releasability* - ACI - News 1993, 5/1, 31-32.
26. Rameckers EM - *Patient empowerment - a threat or a help ?* - EFA - Symposium at the ICACI 94 Conference-Stockholm June 29th, 1994.
27. Rihoux JP. *The allergic reaction.* 2nd ed. UCB-Pharm. Sect., Braine l'Alleud, 1993.
28. Rosenman RH, Friedeman M. - *Modifying type A behaviour pattern,* J.Psychosom. Res., 1977, 21, 323-331.

3. Premise teoretice psihofiziologice și clinicopsihologice ale inserției factorului psihic în etiopatogenia unor "sindroame alergice"

A. Sindroame plurietiologice cu dominanța etiologiei alergice

Domeniul de definiție al bolilor alergice este, în realitate, mult mai restrâns decât acela al asistenței medicale prestate actualmente pentru o serie de bolnavi care sunt etichetați ca alergici (6).

Așa-zisele boli alergice sunt, de fapt, sindroame (de exemplu, astm, rinită și urticarie etc.), a căror etiologie poate fi reprezentată nu numai de alergeni, ci și de alți factori etiologici nealergici (infecțioși, toxici, etc.), inclusiv cei psihici.

Primele date din literatură privind intervenția stimulilor psihici în apariția stării de alergie au fost axate în special pe intervenția stimulatorie a stresului psihic în sinteza reaginilor dar și pe o serie de observații clinico-psihologice menite să releve rolul de trigger al factorului psihic în apariția unor manifestări produse, de regulă, de către alergenii.

Cercetări ulterioare au confirmat și evidențiat mecanismele psihofiziologice de intervenție a factorului psihic în apariția "sindromului alergic".

Conceptul de reacții de tip alergic

Este un termen pe care l-am propus prima oară referitor la alergia medicamentoasă, încă din 1988. În prezent îl consider necesar „ca un termen provizoriu” în cazurile în care mecanismul alergic sau pseudoalergic (de ex. aspirină și alte AINS) al unui sindrom inflamator la nivelul mucoasei respiratorii sau tegumentelor nu poate fi precizat prin verificări eminemente clinice, dar trebuie tratat, în situațiile de urgență, cu aceleași mijloace terapeutice (antihistaminice, corticoizi, medicație simptomatică).

Important este faptul că medicul alergolog este pus în situația de a trata trei categorii de bolnavi:

- bolnavi *alergici propriu-ziși*;
- bolnavi *nealergici cu sindroame având "reputația" de a fi "în primul rând" alergice* (astm, urticarie, rinită etc.);
- bolnavi alergici ale căror manifestări clinice devin polimorfe prin intricarea altor etiologii (uneori mai "agresive") și mai ales prin "psihizarea" bolii (ex. o urticarie cronică "idiopatică" pe un teren atopic).

□ **Alergenii pot reprezenta o pondere etiologică majoră** (de exemplu, în astm depășesc 50% din cazuri, sau chiar mai mult), iar același alergen poate declanșa multiple sindroame, având "organe de șoc" variate (exemplu: rino-conjunctivită +/- urticarie - în polinoză, sau angioedemul feței +/- edem glotic +/- crize de astm +/- șoc anafilactic, în alergia medicamentoasă ori alergia la venin de insecte). Aceste sindroame obligă la o direcționare a bolnavilor respectivi spre serviciile de alergologie, chiar atunci când agentul etiologic se dovedește a fi nealergic. De altfel, s-a instituit o veritabilă tradiție în practica medicală de a fi trimise la alergolog toate cazurile în care bolnavii prezintă sindroamele menționate, pe baza predominanței etiologiilor alergice. Mai mult, chiar în cazurile de sindrom urticarian (urticarie și/sau angioedem), în care ponderea reală a etiologiei alergice este sub 10%, bolnavii sunt trimiși la alergolog (dar și la dermatolog). Încercând o sistematizare a posibilelor denumiri pentru sindroamele plurifactoriale cu etiologie alergică vom propune termenul de "boală cu componentă alergică" când etiologia acestor sindroame este parțial alergică și cel de "boli alergice" pentru cazurile în care etiologia sindroamelor respective este exclusiv alergică (ex. polinoza).

□ **Mai există un argument de ordin fiziopatologic**, extrem de rațional, spre a se îngloba prioritar în sfera alergologiei sindroamele menționate: la originea lor se află eliberarea unor mediatori proinflamatori, fie cu acțiune directă (vasodilatație, edem, hipersecreție, constricția musculaturii netede

și a organelor cavitare), fie indirectă (factorii chemotactici pentru celulele inflamației). Placa turnantă acționată - prin intermediul mecanismului alergic (reacția alergenului cu anticorpii sau cu celulele sensibilizate), dar și prin degranulare directă cu eliberarea mediatorilor menționați ai reacției inflamatorii de către factorii nealergici - este reprezentată de degranularea mastocitelor (din țesuturi) sau a bazofilelor (din plasmă) purtătoare de receptori de înaltă afinitate (R I) pentru antigeni; în ultimii ani s-au descris și alte celule (macrofage, trombocite, eozinofile etc.) posedând același tip de receptori, dar cu o afinitate mai redusă (R II) eliberatoare, și ele, ale aceluiași tipuri de mediator: histamina, serotonina, SRS-A (leucotrienele LTB₄, LTC₄, LTD₄), prostaglandina, factorul de agregare plachetar (PAF) etc.

□ *Indiferent de mecanismul alergic sau nealergic simptomatologia este cvasiidentică.* Putem să exemplificăm cu o urticarie sau un astm, declanșate atât de către alergeni, cât și de agenți etiologici nealergici (microbieni, de exemplu). Prin degranularea mastocitară nealergică se explică unele **reacții pseudoalergice** (la agenți fizici, emoții etc.), iar alte reacții - de asemenea, pseudoalergice - se produc prin apariția unor mediatorii extrem de potenți (leucotriene, prostaglandine D₂ etc.) datorită devierii metabolismului acidului arahidonic prin inactivarea ciclooxygenazei (de către aspirină și alte AINS).

Bousquet, Godard și Michel (1993) includ în sfera reacțiilor pseudoalergice și alte reacții - fără participarea sistemului imun - ca de exemplu **reacțiile idiosincrazice** (eliberare sau aport excesiv de histamină și alte amine vasoactive), **metabolice** și **toxice** (ex. formarea de endotoxine). Numitorul comun al tuturor acestor reacții pseudoalergice îl reprezintă **declanșarea sindroamelor respiratorii, cutanate, digestive etc. de către o aceeași substanță, utilizându-se veriga efectoare a reacției alergice dar, fără implicarea reacției antigen-anticorp (sau limfocit sensibilizat).**

□ Pentru ambele modalități există o aceeași soluție terapeutică imediată, constând în medicație antihistaminică și/sau cortizonică asociată cu cea simptomatică (bronhodilatatoare de ex.).

B. Rolul factorului psihic în apariția alergiei și declanșarea unor "sindroame alergice"

Inervația vegetativă a "organelor de șoc" (inclusiv existența unor receptori colinergici pe mastocit) (1) oferă o explicație plauzibilă declanșării aceluiași sindrom și sub efectul unor stimuli psihici sau de tip reflex necondiționat (5).

Considerațiile de mai sus permit să se întrevadă faptul că insinuarea factorului etiologic psihic între ceilalți factori declanșatori ai sindroamelor "alergice" și "pseudo-alergice" poate avea loc:

- prin **sumație cu agenții etiologici de bază** - alergici sau nealergici (nespecfici);
- prin **alternanță cu aceștia**, existând uneori o aparență a exclusivității așa-ziselor forme psihogene).

Din acest din urmă motiv au fost separate în literatură *formele etiologice de astm bronșic psihogen* (Hansen, Seropian, Kleinsorge, Oehling), *urticarie* și *angioedem - psihogene* (Crieș, Rajka) etc.

În astmul bronșic, noi am încercat să dovedim că stimulii psihici joacă un rol declanșator (trigger) direct sau indirect (5) - elementul fundamental pentru criza astmatică fiind terenul bronșic astmatic indus constituțional printr-o anomalie la nivelul receptorilor beta-adrenergici (Szentivanyi) și "pus în valoare" printr-o inflamație bronșică cu predominanța infiltratului celular eozinofilic (astmul bronșic = "bronșita descuamativă eozinofilică" (Reed) produsă de alergenii sau alți agenți nocivi (viro-bacterieni, iritanți fizico-chimici etc.)

1. Referitor la ponderea triggerului psihogen în declanșarea crizelor de astm alergic, cercetările noastre au evidențiat o diferență semnificativă între cazurile cu astm ușor, intermitent (de regulă cazuri ambulatorii) la care frecvența declanșării psihogene este de 24% din bolnavi (5'), cele cu astm persistent ce determină internări repetate, cu o mai frecventă declanșare psihogenă a crizelor (56% cazuri) (5") și cazurile cu astm bronșic corticoiddependent la care frecvența declanșării psihogene a crizelor este maximă, 86% din cazuri (5).

În cazurile cu astm intrinsec opinia noastră (edificată numai pe baza unor observații și studii clinice) este că triggerul psihic acționează și mai frecvent decât în astmul alergic).

În ceea ce privește urticaria și angioedemul, există forme clinico-etologice, cum ar fi *urticaria colinergică*, în care *stimulii psihici sunt cuprinși în definiție ca agenți etiologici obligatorii dar, în ultimă instanță, chiar și ei - ca și efortul fizic - acționează tot prin încălzirea corpului* peste o anumită limită, "tolerată" de chemoreceptorii hipotalamici, ale căror impulsuri descendente, vehiculate pe cale colinergică, produc leziunile urticariene și o descărcare "suplimentară" de histamină.

Toate aceste rezerve față de delimitarea unor forme clinico-etologice "psihogene" ale unor sindroame produse în mod predominant de către alți factori etiologici, nu diminuează totuși importanța etiopatogenică a stimulilor psihici, inclusiv a stresului psihic.

2. Dacă, la fel ca și în astm, refuzăm delimitarea unei forme de urticarie exclusiv psihogenă, studiile noastre au evidențiat **ponderea acțiunii trigger-ului psihogen** în urticarie și angioedem după cum urmează (Iamandescu, 5):

- 100% în urticaria cronică idiopatică
- 54% în urticaria cronică de etiologie infecțioasă
- 62% în urticaria fizică
- 48% în urticaria alimentară
- 78% în urticaria medicamentoasă (5).

Mai mult, există reacții psihogene, confundate de către bolnavi - în primul rând - dar uneori și de către medic, cu reacțiile alergice.

Aceste reacții nealergice constau în *tulburări neurovegetative pregnante, fără eliberare de mediatorii ai inflamației alergice*. Ele sunt caracterizate de anxietate și se manifestă prin palpitații, amețeli, stări lipotimice etc., fiind

declanșate de unele medicamente la persoane care au dezvoltat în mod șoc anafilactic sau edem glotic, în situații anterioare, la alte medicamente (de ex. Penicilina - Seropian și Iamandescu - 1981). În experiența noastră astfel de reacții apar mult mai frecvent la persoane cu o vulnerabilitate crescută, constituțională sau dobândită, față de stres (adesea bolnavi nevrotici) (6).

C. Mecanismele generale privind intervenția factorului psihic în geneza și evoluția bolilor alergice

În ultimii ani, înțelegerea mult lărgită a acestei probleme, ajuns la nivelul cooperării intercelulare (celulele T și B), promite să situeze în plan *acțiunea inhibitoare a stresului psihic asupra celulelor T supresoare care "scapă de sub control" celulele B transformabile în plasmocite sintetizatoare de IgE* (dar și de unele clase de IgG, "precipitine", evidențiate de Pepys ca stând la baza alergiei semitardive, de tip III).

În plus, *efectul inhibitor exercitat de stresul psihic major asupra celulelor NK (Natural Killer)*, soldat cu scăderea rezistenței generale și locale la infecții determinând afectarea "organului de șoc", a fost demonstrat în studii epidemiologice (5) și, în ultimii ani, experimentale (7).

Rezultatul inflamației "organului de șoc" este acela că se permite o *permeabilitate crescută de alergeni la nivel cutanat*, cât și la nivelul mucoaselor acelor organe (în principal respiratorii, digestive), acolo unde - cel mai adesea - nu totdeauna! - sunt constante manifestările patologice de tip alergic.

Extrem de important apare și faptul că *inervația colinergică și adrenergică - non-colinergică (mediată, între altele și de către substanțele vasoactive)* (4, 10, 11) are ca efect apariția unor tulburări directe, rapid instalabile (vasomotorii sau constrictoare ale musculaturii netede bronșice, intestinale, uterine etc.). Aceleași modificări pot apare și indirect, în cazul substanțelor prin eliberarea de histamină ca urmare a difuziunii acestui mediator prin mastocite și degranulării consecutive a acestora.

Dacă ne gândim că sub efectul stresului psihic apar o serie de modificări care produc *tulburări vasomotorii (eritem cutanat, congestie bronșică - ambele cu rol favorizant în penetrația alergenilor) sau hiperventilație* (aceleași fenomene, la nivel rino-bronșic) - putem avea o imagine mai largă asupra intervenției factorului psihic în etiopatogeneză. De aici derivă și susținerea intervenției unor *mecanisme reflex condiționate* - pledate de rolul dovedit al hipnozei (Black și col., Klumbies), ca și de numeroase observații clinice: ex. clasicele crize de astm alergic la polen, declanșate de vederea unui buchet de flori, sau dafiri artificiali (McKenzie) sau în fața TV, cu ocazia unor scene evocate de alergeni la care bolnavul este sensibil (5).

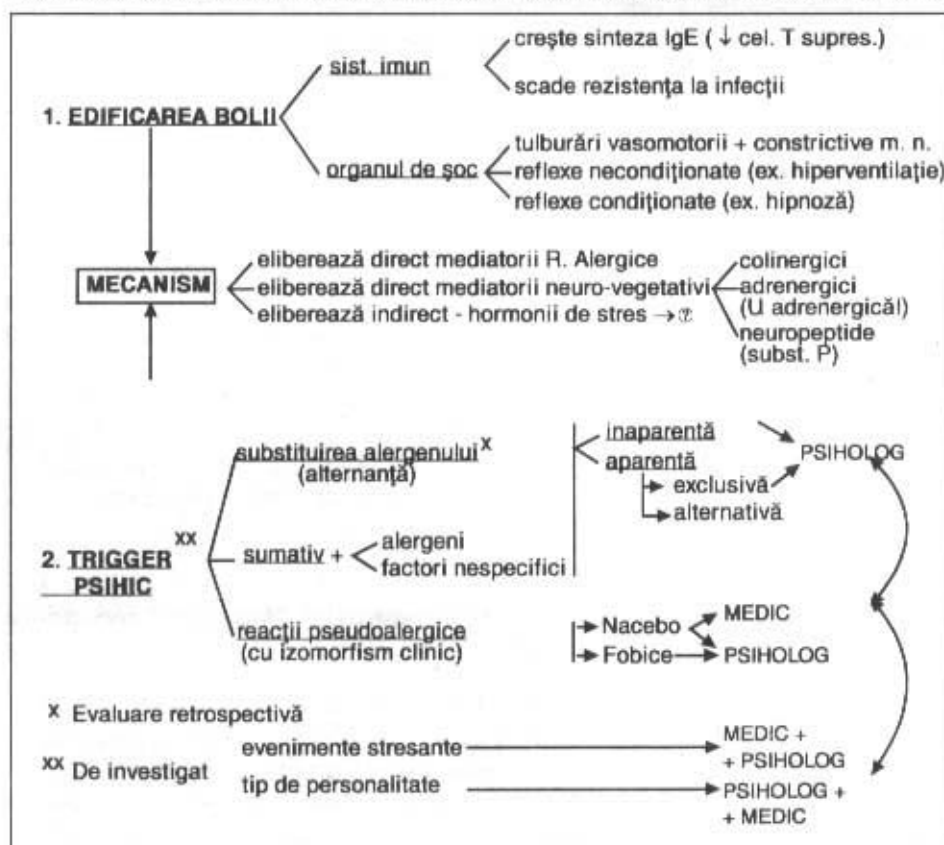
Mecanismele mai sus-prezentate se referă la *"edificarea stărilor de hiperreactivitate la alergie"*, dar și la *eliberarea de mediatori ai reacției alergice* (ca urmare a reacției alergen-anticorp) care pot avea loc în absența unor manifestări clinice aparente (din fericire, "alergia latentă" este mai răspândită decât "alergia manifestă").

În cazul unei eliberări masive a acestor mediatori, posibilă mai ales sub acțiunea altor triggeri (alergic, infecțios, iritativ fizico-chimic etc.) - la care se asociază în grad variabil factorul psihic - apar și manifestările patente de tipul astmului, rinitei, urticariei și angioedemului, șocului anafilactic, bolii serului etc.

În acest stadiu, al bolii deja manifestată clinic, factorul psihic (care a putut participa și la "deschiderea scenei" bolii) începe să acționeze ca trigger, ritmând evoluția sindroamelor respective.

El acționează (figura 1):

Figura 1 *Intervenția factorului psihic în evoluția bolilor alergice (după Iamandescu, 1993)*



- prin *eliberarea nespecifică a mediatorilor reacției alergice* (fără participarea reacției antigen-anticorp, dar folosind calea efectoare a acesteia, degranularea mastocitară);

- prin *eliberarea unor mediatori efectori ai transmisiei neuro-vegetative* (acetilcolina, substanța P) cu rol inductor al reacțiilor vasodilatatoare (hiperemie și edem) și musculoconstrictoare (spasme ale musculaturii netede).

- *prin intermediul hormonilor de stres* care sunt încă insuficient cunoscuți. În cadrul variatei lor game (nereductibile doar la catecolamine și cortizol) pot exista elemente capabile să joace un rol agravant în evoluția sindroamelor cu etiologie parțial alergică, așa cum sugerează observațiile clinice evidențiind relația de cauzalitate dintre unele crize de astm sau pusee de urticarie și angioedem și stresul psihic (Iamandescu 1991 și 1996).

- *prin substanțe degranulante mastocitare secretate de celulele sistemului nervos*. Recent, Bonini deschide un nou capitol consacrat "aspectelor neurale" ale inflamației alergice, cercetând rolul și prezența factorului de creștere al neuronului ("nerve growth factor" = NGF) la bolnavii cu Kerato-conjunctivită vernală și la cei cu astm bronșic. Referitor la relația dintre acest factor și mastocit (descrisă pe larg de Marshall și Wasserman), autorul indică două proprietăți relevante, ca de ex. creșterea numărului și dimensiunilor mastocitelor, precum și inducerea de către NGF a degranulării mastocitare și bazofilice. În plus, același autor a reușit să surprindă atât în conjunctivita vernală (alergică), cât și în astmul bronșic, niveluri crescute ale substanței respective.

- *prin mecanism reflex condiționat*.

Un element care intră și în competența psihologului îl constituie reacțiile pseudoalergice (urticarie, astm și angioedem) apărute printr-o veritabilă condiționare reflexă față de situații anterioare de accidente reale. Astfel, în exemplul mai sus amintit al unei bolnave studiate de noi, alergică la Penicilină, cu antecedente de șoc anafilactic la acest medicament, ea a dezvoltat ulterior reacții puternice neurovegetative, mimând șocul (dar fără o bază reală pentru mecanismul alergic), apărute la administrarea oricărui medicament și având o severitate clinică mai redusă dar suficientă pentru a pune în alertă personalul medical și, în primul rând, pe bolnava însăși.

Sumația SP cu alergenii și cu alți agenți etiologici nespecfici rămâne modalitatea cea mai frecventă de intervenție a factorului psihogen în etiopatogenia bolilor alergice.

D. Reculul somatopsihic al bolilor alergice. Modificări secundare ale personalității bolnavilor alergici

Manifestările acute ale unor sindroame cu etiologie alergică îmbracă adesea o alură clinică dramatică cum se întâmplă în șocul anafilactic, în edemul glotic, în criza de astm și chiar în sindroamele tip boala serului ori în puseele severe de urticarie. Chiar și rinita alergică (mai ales forma obstructivă), crează un disconfort important, în special în cursul nopții.

Apare deci normal ca bolnavii cu astfel de accidente alergice să dezvolte o *anxietate intensă și progresiv crescută în raport cu repetarea episoadelor respective*. După un număr de astfel de accidente, ei pot să-și edifice o adevărată așteptare anxioasă a crizelor (de astm sau edem glotic atunci când alergenul nu a fost identificat) sau o *fobie cu o centrare precisă pe alergenul identificat* (ca în cazul alergiei medicamentoase sau la venin de insecte).

Toate aceste modificări în sfera afectivă a bolnavilor alergici (dominate de anxietate și depresie) par să fie secundare instalării și evoluției bolii iar cercetările noastre despre personalitatea bolnavilor astmatici (Iamandescu 1980 și 1985) sau ale bolnavilor urticarieni (Iamandescu 1982, 1996) au evidențiat o *vulnerabilitate la stres a acestor bolnavi preexistentă îmbolnăvirii și agravată după apariția acesteia*, ocupând o poziție intermediară între cea maximă a bolnavilor nevrotici și cea minimă a loturilor de subiecți sănătoși).

În domeniul studierii problemelor psihosomatice ale bolnavilor alergici, cele mai relevante aspecte le-am înregistrat la cei cu reacții de tip alergic la medicamente. La aceștia am evidențiat faptul că ei posedă, în cvasitotalitatea lor, o anxietate bazală foarte crescută, (Iamandescu, 1983) și o serie de trăsături de personalitate-relevante de testul MMPI-care îi încadrează în procent de 86% în "triada nevrotică" a testului (Scala Hipocondria, Depresia și Isteria) (Iamandescu, Popa-Velea și Mazuru, 1996). Această încadrare justifică prezența unor *simptome nevrotice* la 84% dintre alergicii la medicamente, dintre care 42% erau în evidența psihiatrilor pentru afecțiuni nevrotice, ca și o serie întreagă de tulburări psihosomatice coexistente. Aceste date pot fi interpretate ca exprimând rezultatul conjugat al unei vulnerabilități constituționale față de stres și al unei "încărcături stresante" concretizată prin frecvența crescută la 82% dintre bolnavii studiați a unor punctaje de peste 300 la Scala Holmes și Rahe, referitoare la evenimente cu caracter de schimbare, din ultimele 6 luni.

Bibliografie

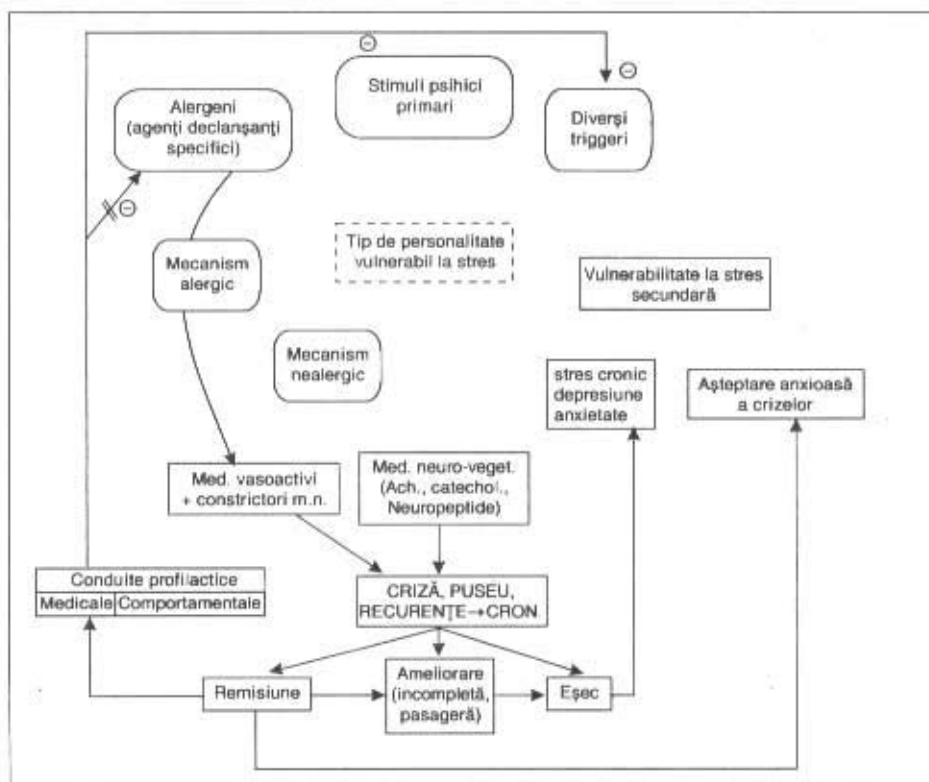
1. Bienenstock J. - *Psychoneuroallergy - a reality - Conversations in allergy* (IV) - pp.15-18, UCB - Institute Allergy, Brain l'Alleud, 1995.
2. Bonini Se., Bonini St., Lambiase A. et al-*Immune, endocrine and neural aspects of allergic inflammation*-475-481, vol.XVI-European Congres of Allergie. Clin. Immunol. Monduzzi, Bologna, 1996.
3. Bury Th. and Rademecker M. - "Histamine: from Neuron-Mast Cell to allergy", Brain l'Alleud, The UCB Institute, Bruxelles, 1990
4. Foreman J.F. - "Neuropeptides and the Pathogenesis of Allergy", Allergy, 212, 1-11, 1987.
5. Iamandescu I.B. - "L'insertion des stimuli psychiques dans les mecanismes etiopathogeniques de l'asthme bronchiques avec trigger psychogene. Considerations sur certaines etudes personnelles (epidemiologique et psychologique)", Rev. Roum.Psychol., 1990, 27, 2, pag.121-135.
6. Iamandescu I.B. - *Principles of psychosomatic approach in allergic patients* - Rev. Roum.Psychol - 1993, 37, 79-89.
7. Khansari D.N., Murgo A.E., Eath R.E. - "Effects of stress on the imune system". Immunology Today, 1990, vol.II, 5, 170-175.
8. Nsouli T.M., Nsouli S.M. and Bellanti J.A. - "Neuroimmunologic inflammation: new pathogenic concepts and feature perspectives of immediate and late allergic reactions", Part I and II, 60, 683-697, 1988.
9. Marshall J.S., Wasserman S. - *Mast cells and nerves*-Clin.Exp.Allergy, 1995, 25, 102-110.
10. Mossimann B. - *Les neuropeptides: une nouvelle approche de la pathogenese de l'asthe* - Med. et Hyg., 1991, 49, 2148-2152.
11. Widdicombe J.G. - "Non adrenergic cholinergic system and neuropeptides in lung". Lung and Respiration, Frankfurt IV, 2, 2-10, 1987.

4. Modalități de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici

A. Problematika abordării psihosomatice a bolnavilor alergici

Investigarea oricărui bolnav alergic trebuie să aibă în vedere pe lângă urmărirea factorului etiologic principal (alergenul), o serie de *factori declanșatori, așa-numiți triggeri*, între care stresul psihic ocupă un loc important (vezi figura 1).

Figura 2 Model situațional privind premisele abordării psihologice a bolnavilor alergici (după Iamandescu 1998)



1. Principii generale de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici

Contextul plurietiologic al bolilor alergice - ca de altfel în toate bolile psihosomatice - presupune posibilitatea declanșării simptomelor patologice, nu numai de către factorul etiologic principal, alergenul, ci și de către o serie de triggeri nespecifici în rândul cărora factorul psihic joacă un rol important (Figura 2).

Abordarea psihologică a bolnavului alergic în cadrul relației interpersonale dintre medic și pacient constituie una dintre laturile implicite a acestei relații, având o pondere variabilă (uneori decisivă) în atingerea obiectivului final, vizând recăpătarea (sau cel puțin ameliorarea) stării de sănătate a bolnavului.

În plan afectiv, această abordare se concretizează prin *stabilirea unei relații empatice* - cu grad variabil de participare a fiecăruia din cei doi membri ai relației - iar în plan cognitiv ea oferă posibilitatea unui schimb de informații, aproape exclusiv din partea pacientului, legate de problema în cauză: suferința (reală sau imaginară) a bolnavului.

Modul de culegere a acestor informații de către medic este și el implicat în relația afectivă menționată, existând diferențe mari între: stilul tehnicist, cu limitarea expunerii bolnavului la date legate strict de mersul bolii, și modelul psihanalitic, axat pe lăsarea libertății de exprimare a bolnavului a tot ce el simte nevoia să comunice medicului.

Desigur că acest din urmă model este capabil să îmbogățească relația în plan afectiv dintre medic și pacient chiar dacă ea "bruiază" adeseori informația utilă în plan medical.

Abordarea psihosomatică, izvorâtă din necesitatea evidentă *de a se ține cont de relația de interdependență dintre psihic și soma*, a fost concepută între alții de către Kourilsky, și ea urmează o linie fermă, însă discret conturată.

Astfel, se urmărește pe cât posibil fără a "limita" libera exprimare a bolnavului, relaționarea unor momente evolutive ale bolii (inclusiv debutul) de evenimente ("life changes" în terminologia scalelor stabilite de Holmes și Rahe) cu conținut psihotraumatizant din viața bolnavului. Inevitabil, această modalitate implică o cunoaștere a biografiei bolnavului dar și tipului său de personalitate ceea ce permite o apropiere între medic și pacient (cu grijă pentru discreție și răbdare din partea primului). O astfel de abordare generală a bolnavilor psihosomatici, indiferent de natura bolilor este redată în *tabelul 1* de la Capitolul 7 din Psihosomatica generală.

În cazul în care momentele de debut sau recidivă ori agravare (+/- complicații) ale bolii coincid cu stresuri psihice majore ori pur și simplu sugerează o declanșare reflex-condiționată, suntem obligați să formulăm cel puțin *ipoteza unei relații de cauzalitate* și să considerăm posibilitatea unor tulburări psihosomatice.

Așa cum am arătat și într-o altă lucrare ("Stresul psihic și bolile interne". Ed. All, Buc., 1993), există în fiecare boală o serie de *simptome clinice care au valoare de marker* pentru boala respectivă și care pot fi corelate cu situațiile de stres psihic (în planul cercetării ar mai putea fi utilizați și o serie de parametri de laborator: EEG, explorare pletismografică respiratorie, nivelul unor constante serice etc.). În bolile alergice ele sunt reprezentate de dispnee (sau tusea) însoțită de wheezing, de apariția pruritului sau a unor erupții cu caracter urticarian ori a unor angioedeme etc.

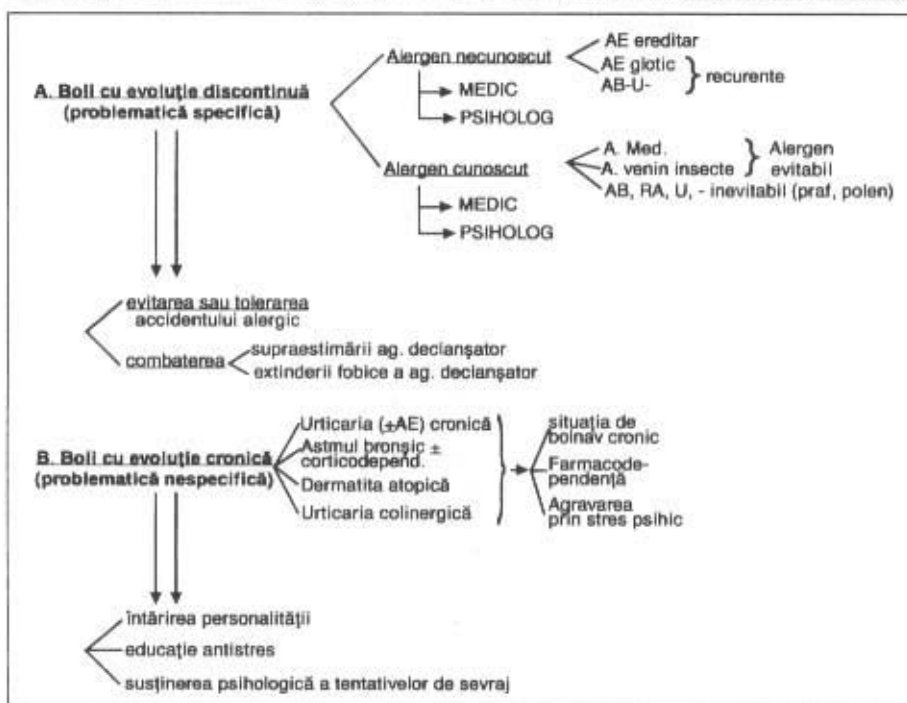
Din acest motiv, ca și din cele prezentate în lucrări anterioare (Iamandescu 1996, 1998) referitor la modalitățile de intricare a factorilor

psihici cu factorul alergic și alți factori nespecfici în etiopatogenia bolilor alergice - considerăm că **modul de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici suferă unele nuanțări** (vezi figura 2) diferind adesea în mod consistent față de modelul general prezentat anterior, ca și față de cele utilizate la alți bolnavi (fie psihosomatici, fie cu boli incidentale, cu participare minimă sau nulă a stimulilor psihici).

Deși modelul psihosomatic a fost utilizat de Kourilsky și alți autori (Freour, de ex.) tocmai la studierea bolnavilor astmatici, faptul că s-au acumulat o serie de date noi în această boală dar mai ales existența altor boli alergice asociate sau nu cu astmul bronșic și, în sfârșit, interferențele (uneori generatoare de confuzii) cu alți factori etiologici nealergici fac necesară elaborarea unei strategii mai complexe în această privință.

Din acest motiv considerăm că trebuie avute în vedere intervenția factorilor psihogeni în două tipuri evolutive ale bolilor alergice: cu evoluția discontinuă (în pusee recidivante) și cu evoluție cronică.

Figura 3. Problematica abordării psihologice în bolile alergice



2. Abordarea psihosomatică în bolile alergice cu evoluție discontinuă (pusee acute recidivante)

Este importantă severitatea și frecvența puseelor în stabilirea gradului de preocupare față de boală al pacientului.

Cel mai redutabil reprezentant al acestei clase este angioedemul ereditar, aproape imprezvizibil ca declanșare și foarte greu de tratat, uneori chiar mortal și îngrozind pacientul prin exemplul rudelor sale decedate prin edem glotic. De asemenea, *accidentele acute alergice* (sau de tip alergic, anafilactoid) - cu manifestări de edem glotic sau șoc anafilactic - la medicamente, înțepături de insecte, alimente sau aditivi alimentari - sau crizele severe de astm sunt și ele redutabile generând o așteptare anxioasă a recidivelor.

Mai sunt desigur anxiogene - și, "prin epuizare", putând genera o veritabilă stare depresivă - acele pusee de *urticarie și angiodem sau crize de astm ori chiar șocuri anafilactice*, a căror etiologie (posibil alergică) încă nu a fost stabilită și ***bolnavul nu știe de ce anume trebuie să se ferească***. Este generată o veritabilă stare de panică proporțională cu scurtimea intervalului dintre pusee.

Adesea apar doar schițate, alteori cu caracter patent - manifestări ale sindroamelor astmatice, urticariene, de "iminență de șoc anafilactic" (Seropian), prin mecanism reflex condiționat, cum se întâmplă cu *reacțiile neuro-vegetative pregnant exprimate* (tahicardie, amețeli, stări lipotimice, paretezii) declanșate de administrarea "oricărui" medicament (Iamandescu 1995), apariția strănuturilor și pruritului oculo-nazal sau a crizelor de astm la bolnavii cu alergii respiratorii, induse de vederea unor imagini la TV (expoziție de pisici - bătaie cu perne de fulgi - 7,22) etc.

3. Abordarea psihosomatică în bolile alergice cu evoluție cronică

Cel mai frecvent întâlnite sunt astmul bronșic, rinita alergică, urticaria cronică (numai unele forme sunt alergice) și dermatita atopică. În aceste boli cronicizarea este determinată de ***posibilitatea ignorării unei etiologii alergice, imposibilitatea evicțiunii totale a alergenului cauzal*** și - cel mai adesea - de ***asocierea unor factori nespecfici***: infecțioși, iritativi, meteorologici, endocrini și, nu în ultimul rând psihici.

Există forme clinico-etilogice în care comanda (trigger-ul) psihogenă a evoluției bolii devine dominantă, ca de exemplu în unele cazuri de urticarie cronică alergică la debut, apoi intricată cu alți triggeri: digestiv, infecțios, medicamentos și mai ales psihogen sau multe cazuri de astm bronșic ale cărui principale componente etiologice (alergică, infecțioasă supraadăugată) au fost corect tratate, dar ale căror manifestări apar zilnic, necesitând tratament simptomatic, adesea nerăspunzând nici la corticoterapie.

Intervenția factorului psihogen în etiopatogeneza manifestărilor clinice ale acestor bolnavi poate fi: continuă (predominant prin mecanism reflex condiționat, însăși teama obsesivă, "așteptarea anxioasă", fiind capabile să declanșeze reapariția simptomelor) sau discontinuă (producând exacerbări ale bolii, cum se întâmplă în cazul unor stresuri psihice evidente).

Considerăm ca elemente capabile să sugereze o dominantă etiologică psihogenă a unor manifestări de urticarie și astm cu evoluție cronică (după excluderea unor perturbări imunologice sau a altor triggeri nespecfici), următoarele (vezi și tabelul 2):

Tabel 2. Criterii de stabilire a intervenției trigger-ului psihogen în bolile alergice (după Iamandescu 1996, 1998)

1. dovada unor declanșări prin stress psihic, cel puțin, a câtorva pusee;
2. reversibilitatea promptă la medicația simptomatică (antihistaminice, bronhodilatatoare) și - mai puțin sau deloc - la corticoterapie;
3. existența unor circumstanțe stresante evidente în viața bolnavului preexistente și coexistente apariției bolii (chiar dacă bolnavul le ignoră !);
4. structura intens vulnerabilă la stres a bolnavului respectiv sau eventuala asociere a unei nevroze;
5. proba terapeutică concludentă la: psihoterapie, psihotrope sau la unele medicamente (Hidroxizin sau Claritine pentru urticarie și Cromoglicat pentru AB).

Referitor la problemele noi, în afara declanșării psihogene a manifestărilor clinice și de "fixarea" - prin variate reflexe condiționate - a repetării acestora, *în bolile alergice cu tulburări cronice, sunt demne de menționat alte două elemente cu implicații de ordin psihosomatic* dar și somatopsihic (14):

- *situația de bolnav cronic* pentru pacienții cu urticarie și astm cu evoluție prelungită, cu modificările de statut și de rol implicite;

- *farmacodependența* în grade variate, fie față de o medicație simptomatică (bronhodilatatoare în aerosoli, antihistaminice etc.), fie față de corticoterapie (aceasta din urmă grevată de complicații, uneori mai grave decât însăși tulburările pentru tratarea cărora ea a fost instituită).

Ambele circumstanțe pot genera o anxietate suplimentară și ancorează frecvent în veritabile stări depresive.

În plus, tentativele de sevraj cortizonic se acompaniază de simptomatologie psihică dominată de astenie, agitație psihomotorie, depresie, uneori mergând până la impulsuri suicidale.

B. Algoritm de abordare psihosomatică a bolnavilor alergici

Într-o lucrare anterioară (Iamandescu 1993) am considerat ca necesar pentru abordarea psihosomatică a bolnavilor alergici, următoarele întrebări (variabile și pentru evaluarea unor parametri clinico-evolutivi și situaționali cu implicații psihosomatice):

1. Evoluția bolii este continuă sau discontinuă ?

2. Alergenul este identificat sau nu ?

Este evident faptul că necunoașterea cauzelor unor simptome - ce pot fi atât de dramatice (precum șocul anafilactic, astmul sau edemul glotic) sau, cel puțin, supărătoare și *afectând calitatea vieții* (rinita alergică, urticaria și/sau angioedemul, dermatita atopică) - dezvoltă la pacienții respectivi o *stare de anxietate* ce poate deveni extremă în cazul în care bolnavul cunoaște cazuri similare cu un deznodământ fatal.

3. Există o evidență a declanșării de către stresul psihic a unor manifestări clinice identice sau similare cu cele declanșate de către alergeni ?

Un răspuns favorabil necesită *considerarea unei etiologii - suplimentare față de cea alergică* - a sindromului clinic, ceea ce implică o abordare psihosomatică atentă a bolnavului, centrată pe tipul de personalitate al acestuia dar și pe problemele sale de viață facilitând sau generând frecvente stresuri psihice. O dată obținut acest răspuns alergologul poate să-și pună întrebarea dacă va trebui, sau nu, să apeleze la psiholog ?

4. Se poate evidenția un anume tip de situații stresante (cu semnificație electivă pentru bolnav) capabile să declanșeze manifestările clinice "alergice" sau orice tip de stres major (ca intensitate) declanșează nespecific simptomele respective ?

Această diferențiere, având drept beneficiu terapeutic orientarea pacientului spre evitarea unor agenți stresori cunoscuți sau previzibili, se poate edifica, atât pe chestionarea bolnavului asupra unor "schimbări de viață" - evenimente cu potențial psihotraumatizant general, conform scalelor inițiate de Holmes și Rahe - cât și pe cunoașterea biografiei pacientului.

Este posibil, așa cum am putut evidenția în lucrările noastre din 1980 și 1984, ca stresul psihic să fi contribuit la debutul clinic al bolii la acei bolnavi alergici la care simptomele s-au instalat după o perioadă în care au suferit stresuri majore (punctaj crescut pe scala Holmes și Rahe).

5. Există o farmacodependență a pacientului (în primul rând, față de cortizonice dar și față de beta-2 adrenergice sau chiar antihistaminice) ?

În cazul unui răspuns pozitiv, unele *probleme psihologice suplimentare sunt generate de sevrul medicamentului* respectiv, atingând, în cazul cortizonicelor severitatea unor tulburări psihice (anxietate, depresie) ce pot merge până la paroxisme de tip psihotic (confuzii halucinatorii sau tentative de suicid). O altă problemă este *aceea a înlocuirii medicamentului "indispensabil" cu un altul "inofensiv" dar dotat cu proprietăți active* față de substratul inflamator nespecific al sindromului respectiv (cel mai frecvent este vorba de astmul corticodependent).

6. Ce tip de personalitate are pacientul alergic investigat și care sunt zonele de vulnerabilitate la impactul agenților stresori ?

După cum s-a menționat anterior, noi am evidențiat la majoritatea bolnavilor astmatici și urticarieni o *vulnerabilitate la stres intermediară între subiecții sănătoși și bolnavii cu simptome nevrotice* iar la cei cu alergii medicamentoasă (Iamandescu 1996, Mazuru, Iamandescu și colab. 1997) ea este foarte apropiată de cea a bolnavilor neurotici.

De fapt, *există o "subpopulație nevrotică"* și în cazul bolnavilor urticarieni și astmatici, la aceștia din urmă corticodependenței fiind de regulă bolnavi cu simptome nevrotice patente.

Abordarea bolnavului în funcție de tipul de personalitate ca și al vulnerabilității lor față de stresul psihic poate avea câteva consecințe benefice:

- optimizarea desfășurării relației medic-pacient în plan psihologic, inclusiv favorizarea unui proces psihoterapeutic suportiv eficient;

- instruirea concretă a bolnavului asupra unor modalități de a evita anumite situații cu semnificație electivă stresantă pentru el.
- considerarea eventualității unui consult psihologic sau chiar psihiatric.

Bibliografie

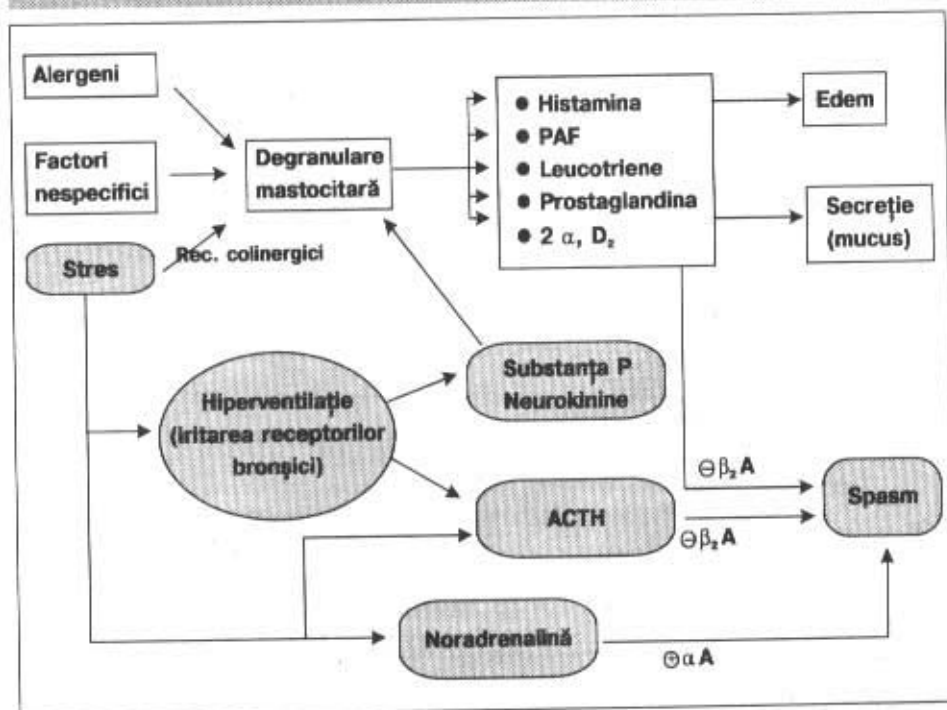
1. Ashutosh K, Haldipur C and Boudur M - *Clinical and personality profiles and survival in patients with COPD*. Chest, 1997, 111, 95-98.
2. Dunbar Flanders, *Synopsis of psychosomatic medicine*, Mosby, St.Louis, 1948.
3. Haida et al Haida M, Nomura Y, Ito K, Makino S, Miyamoto T - *Psychological profiles of patients with bronchial asthma (II). Analysis according to the modes of attack in severe asthmatics and in those with fatal asthma*. Arerugi Japan. Journal of Allergology 1995 Mar., 44, 143-159.
4. Holmes TH, Rahe RH - *The social readjustment rating scale* - J Psychosom. Res. 1967, 11, 213-218.
5. Iamandescu IB. *Corelații psihosomatice în astmul bronșic*. Teză de doctorat, IMF București, 1980.
6. Iamandescu IB. *Contribuții la studiul particularităților de teren psihic și somatic la bolnavii cu astm bronșic cu trigger psihogen* - Bul. Acad. St.Med. (1989), 1-4, 58.
7. Iamandescu IB - *L'asthme bronchique avec trigger psychogene. Incidence et particularites du terrain* - Rev. Roum. Physiol. 1990, 27, 2, 121-135.
8. Iamandescu IB - *Contribution to the study of the etiopathogenic and background peculiarities in patients with corticoiddependent bronchial asthma. Note I. Concepts of corticoiddependence and pseudocorticoiddependence*. Rev. Roum.Med. Int. 1991, 29, p. 39-47.
9. Iamandescu IB. *Principles of psychosomatic approach in allergic patients* - Rev. Roum. Psychol. - 1993, 37, 79-89 Psychother, Psychosom. med. Psychol. 1996, 46, 423-429.
10. Iamandescu IB - *Mecanisme psihoendocrine implicate în astmul bronșic cu trigger psihogen pe baza unor studii asupra asmaticilor corticoiddependenți*. Cong. I Național de Psihoneuroendocrinologie, București, Academia Română, 27-28 sept. 1996.
11. Klumbies G, *Psychotherapie und Allgemeine Medizin*, Hirsch Verlag, Leipzig, 1980.
12. Kourilsky R - *Les mecanismes psychologiques dans l'asthme*. Bordeaux medical, 1969, 1120-1126.
13. Richter R, Dahme B - *High risk asthmatics: psychological aspects*, pp. 198, B. Wuthrich - *Highlights in Allergy and Clinical Immunology*, Hografe und Huber, Bern 1992.
14. Schultz JH. *Le training autogene* PUF, Paris, 1960.
15. Seropian E. (red.). *Terapia antialergică nespecifică*, Ed.Medicală București, 1980.
16. Seropian E, Iamandescu IB. *False reacții alergice la medicamente induse de experiența psihotraumatizantă a unor șocuri anafilactice la Penicilină*, Viața Medicală, 9, 41, (1980).
17. Zeănă C. - *Imunologie clinică*. Ed.Medicală, București, 1983.

II. Modalități de abordare psihosomatică specifică în câteva boli alergice cu largă răspândire (astm bronșic, dermatită atopică, alergia medicamentoasă)*

A. Astmul bronșic alergic

Referitor la această boală eminent psihosomatică, considerăm utilă prezentarea succintă a unor principii generale de abordare psihosomatică a astmaticilor, în funcție de forma clinico-evolutivă a bolii, urmate de analiza indicilor de calitate a vieții bolnavului astmatic și, în final, evaluarea principalelor forme de psihoterapie utilizate în cadrul programului terapeutic complex al astmaticilor (completând programul monitorizării astmaticului, program ce include și el o serie de elemente de ordin psihologic). Toate aceste elemente de ordin psihologic trebuie apreciate în raport cu patogenia astmului bronșic (Figura 4).

Figura 4. Patogenia astmului bronșic



*O tratare mai pe larg a problematicii psihosomatice a acestei boli alergice (incluzând, în plus, rinita alergică și sindromul urticarian) este realizată în recenta monografie „Psychoneuroallergy” a autorului.

1. Principii de abordare psihologică a bolnavilor astmatici

a. Probleme generale ale abordării psihologice a bolnavului astmatic

Abordarea psihosomatică a bolnavilor astmatici trebuie să țină cont de forma clinică și modalitățile evolutive ale bolii, reflectate - pe plan psihologic - în calitatea vieții acestor bolnavi, ca și în nivelul lor de complianță terapeutică. Acest din urmă aspect capătă noi valențe în condițiile actuale în care astmaticul este privit ca un adevărat partener al medicului în acțiunea comună (adesea atrăgând chiar o întragă echipă terapeutică) de vindecare clinică a astmului.

b. Astmul bronșic intermitent și forma ușoară persistentă - fără dispnee de efort între accese

Bolnavii cu aceste forme de astm paroxistic intermitent cunosc adesea cu precizie condițiile de apariție a crizelor și reușesc în mod frecvent să le evite. Accentul psihoterapiei suportive exercitate de către medicul care tratează astmul (medic de familie sau alergolog) trebuie pus nu numai pe *încurajarea referitoare la existența posibilității prevenirii acestor crize, ci și pe caracterul lor trecător* - în cazul în care totuși se produc - și mai ales pe *instruirea detaliată* asupra modului în care trebuie să se comporte bolnavul în timpul crizei, inclusiv gesturile terapeutice (vizând auto-administrarea medicamentelor necesare). Majoritatea acestor bolnavi trebuie lămurii asupra faptului că o criză astmatică nu poate fi letală (explicându-se decesele altor bolnavi astmatici prin alte cauze - de exemplu cardiace). Medicul trebuie totuși să aibă în vedere și o eventuală subestimare a pericolului de către pacient, conducând la un comportament mai puțin compliant al acestuia. Un real succes îl înregistrează pacienții care practică, în afara crizelor, exerciții de bio-feedback - de exemplu înregistrarea relaxării musculaturii faciale, sincronă cu cea a musculaturii bronșice - precum și training-ul autogen Schultz sau antrenamentul psihosomatic axat pe exerciții respiratorii și însoțit de muzică preconizat de Luban Plozza. Este obligatoriu ca pacientul să fie *învățat să utilizeze medicația bronhodilatatoare* de la primele "avertismente" referitoare la criză ("aura astmatică") sau în cursul unor crize de tuse spastică sau la apariția wheezing-ului.

Un rol important îl are și evaluarea de către pacient a posibilității ca o parte din crizele sale să fie declanșate de către stresul psihic sau pe cale reflex condiționată (tabelul 1). Medicul și/sau psihologul pot să îl instruiască în acest sens.

c. Astmul bronșic persistent moderat/sever

Bolnavii prezintă adesea o dispnee de efort care le limitează capacitatea fizică și de efort, dar constituie și un factor de favorizare a trigger-ilor astmogeni nespecifici (mirosuri, expunere la frig sau la "curent", etc). Atât medicul cât și psihologul trebuie să aibă în vedere următoarele probleme:

- să abordeze astmaticul *la fel ca și pe oricare alt bolnav cronic* (deci cu perspectivă de evoluție prelungită în timp a bolii);

- să convingă pe bolnav asupra *riscului major pe care l-ar avea oprirea bruscă a corticoterapiei*, din exces de zel (atenționare obligatorie pentru astmaticii corticodependenți);

- să identifice *trigger-ii psihologici* ai crizelor de astm;

- să studieze posibilele condiții cu atribute de *agenți stresori* capabile să confere uneori o rezistență paradoxală la agenții terapeutici uzuali;

- să utilizeze, *între crize, proceduri psihoterapeutice* (Schultz, bio-feedback, muzicoterapie) pasibile de a fi însușite de către pacienții spitalizați (sau grupe de bolnavi ambulatori) și aplicate ulterior de către aceștia la domiciliu, în perioada de acalmie a astmului (iar în cursul crizelor, acele exerciții respiratorii cu accent pe expir);

- *abordarea optimistă a bolii*, promițându-i-se bolnavului o vindecare clinică (absența crizelor), chiar dacă nu totală (persistența inflamației imunologice, capabilă să mențină trează atenția bolnavului față de trigger-ii astmului).

În acele cazuri (de exemplu astm vechi complicat cu BPOC) în care absența crizelor este contrabalansată de dispneea de efort ireversibilă, bolnavul trebuie îndrumat către obținerea unui grad sporit de toleranță la efort, ca obiectiv major după reușita retrocedării crizelor.

d. Astmul corticodependent

Această formă severă de astm grupează acele cazuri în care corticoterapia devine atât un remediu contra crizelor de astm, cât și pentru păstrarea capacității de efort a bolnavilor respectivi necesară unei vieți profesionale și familiale normale. Între astmaticii corticodependenți ajung atât *bolnavii cu forme severe ale bolii* (justificare obiectivă, de forță majoră) cât, mai ales, *acei bolnavi care abuzează nepermis (ori la indicația, facilă și lipsită adesea de responsabilitate, a medicului anxios sau dornic de succese spectaculare)*. Balanța între efectele favorabile certe ale medicamentului și efectele secundare, adesea depășind beneficiul terapeutic, este acționată adesea de către factori subiectivi, ținând de medic sau de bolnav, cu toate că noile reglementări cuprinse în Consensus Asthma Report și apoi GINA ar trebui să prevaleze asupra oricăror inițiative "originale". Analizând în anul 1995, pe baza unor chestionare și a unor teste psihologice, cauzele de ordin psiho-social care favorizează instalarea corticodependenței, am ajuns la concluzia că factorii psiho-sociali dependenți de bolnav au fost legați în special de personalitatea acestora, dar și de circumstanțe, existând astfel următoarele tipologii predilecte pentru corticodependență :

□ Cauzele corticodependenței (CD) dependente de bolnav

CD apare mai frecvent la anumiți bolnavi pe care - în urma observației clinice și a aplicării unor teste psihologice (Iamandescu - 1995) le putem sistematiza astfel:

- *bolnavii anxioși*, speriați de gravitatea crizelor anterioare și așteptând obsesiv repetarea acestora;

- *bolnavii timizi*, neîncrezători în alte medicamente (mai slabe, desigur, decât cortizonicele) și neavând curajul de a reveni la medic după insuccesul sevrăjului;

- *bolnavii dependenți de anturaj*, inclusiv de medic, în momentele în care nu reușesc să efectueze sevrăjul cortizonic reiau singuri corticoterapia din jena de a nu fi, din nou, o povară pentru cei din jur, știind că vor putea fi „iertăți” de medic;

- structurile de *personalitate rigide*, impenetrabile la argumentația medicului referitoare la riscurile corticoterapiei și convinse de superioritatea acestei medicații;

- *bolnavii "descurcăriți"*, cu un Ego puternic, ancorați în sarcini profesionale ce nu le permit momente de "cădere" (crizele de astm) și care își asumă riscurile efectelor secundare conform dictonului "după mine potopul", sperând ca, pe parcurs, să apară alte șanse terapeutice;

- *bolnavii lipsiți de voință* (deci, la polul opus celor de mai sus) care acceptă riscurile acelorași efecte secundare conform aceleiași formule "de amânare" dar - din nou diferit de ceilalți - cu resemnare.

De regulă, *bolnavii cu CD "comit" singuri greșeaua reluării corticoterapiei* (CT), iar "tehnicile" lor de dozaj sunt, fie o repetare a celor prescrise de către medic în etapele anterioare ale bolii, fie copierea (+ adaptări personale) celor utilizate de către alți bolnavi.

Teama și/sau jena de a reveni ulterior la medicul lor curant (sau la specialistul care îi tratează) îi fac să persiste pe acest drum al automedicației, ori să meargă la alt medic.

De altfel, testele psihologice utilizate de noi la acești bolnavi (MMPI și Rorschach) evidențiază ca trăsături de personalitate: *hiperemotivitatea, anxietatea* și - ceea ce considerăm ca element secundar bolii - *depresia* (Iamandescu - 1994 b).

Cercetări personale mai recente evidențiază depresia ca fiind prezentă la 86% dintre astmaticii corticodependenți și corelată cu declanșarea psihogenă (suplimentară) a crizelor la 84% dintre acești bolnavi corticodependenți (Iamandescu 1996).

□ Cauzele CD dependente de medic

Din analiza bolnavilor corticodependenți îndrumați la consult alergologic, după apariția corticodependenței, am putut distinge două principale categorii de medici care contribuie la instalarea CD:

- *Amatorii de succes medical, de rezultate spectaculare*, fără o preocupare pentru viitorul îndepărtat al bolnavului care continuă să administreze CT până la apariția unor complicații ce o fac impracticabilă, recurgând atunci - pentru acoperire - la medicul specialist (alergolog, reumatolog, etc);

- *Anxioșii*, aceștia fiind de regulă specialiștii dotați cu bună intenție și o bună pregătire profesională care, la primele simptome de recidivă a bolii, recurg cu ușurință din nou la CT, inducând aceeași stare de alertă și pacientului; ulterior, chiar dacă prescriu medicații cu rol de suplinire a CT, nu au suficientă răbdare să aștepte instalarea efectului terapeutic.

Momentul realizării cu succes a sevrăului cortizonic este foarte dificil pentru psihicul bolnavului, apărând cu regularitate o triadă: astenie, anxietate, depresie (Iamandescu - 1993) datorată dispariției efectelor "stimulante" ale CT anterioare asupra cortexului cerebral și aceste simptome de "carență cortizonică" reclamă îngrijiri speciale, adesea chiar apelul la medicul psihiatru.

□ *Modalități psihologice de diminuare sau înlăturare a corticodependenței*

Deși se intrică în mod inerent cu măsurile de ordin medical, aceste modalități pot fi diferențiate astfel (Iamandescu - 1993):

- asigurarea pacientului că înlocuirea CT va fi făcută *"dându-i-se ceva în schimb"*, adică o medicație capabilă să preia acțiunea favorabilă a cortizolului, în același timp insistându-se asupra nocivității pe termen lung a CT;
- recurgerea la o *schemă de tratament* cu înlocuirea treptată a CT;
- *monitorizarea* principalelor funcții afectate de boală (de exemplu înregistrarea valorilor respiratorii în spital și la domiciliu de către astmatic, cu ajutorul unor aparate portabile ușor de manevrat). Această monitorizare asigură pacientul asupra posibilității anticipării unor momente de recidivă (putând recurge, în timp, la ajutorul medicului, sau fiindu-i permisă de către acesta ajustarea dozelor de medicamente);
- *identificarea surselor de stres și a punctelor slabe, de vulnerabilitate la stres*, în structura personalității bolnavului (cooperarea cu psihologul este extrem de utilă!), fiind cunoscut rolul agravant, generator de recidive, al stresului psihic;
- aplicarea unor metode de relaxare psihică, incluzând - în primul rând - training-ul autogen Schultz (în special exercițiile centrate pe respirație) dar și bio-feedback sau muzicoterapia (Iamandescu - 1994 c), acolo unde există condiții;
- colaborarea cu psihiatrul mai ales în momentul apariției sindromului de sevră.

2. Calitatea vieții bolnavului astmatic

Unul dintre avantajele pe care le prezintă medicina allopată în raport cu tot mai ofensiva medicină alternativă este acela al asigurării unei bune calități a vieții omului bolnav. Deși armă de bază a medicinei allopatice, medicamentul este responsabil de multe dintre efectele secundare ce grevează calitatea vieții bolnavului. Din acest motiv, industria de medicamente, racordată tot mai mult la exigențele clinice, reușește an de an să producă preparate care afectează tot mai puțin indicii de calitate a vieții (QOL), astfel încât centrul de greutate al unor cercetări psihologice vizând această latură cu implicații bio-psiho-sociale a actului medical se mută în **zona percepției disconfortului generat de simptomele bolii dar și de restricțiile la care este supus pacientul** (uneori în mod excesiv și nejustificat).

Există un mod aparte, propriu fiecăruia dintre noi, de a surprinde semnele bolii, de a le interpreta și de a reacționa specific la aceste interpretări proprii.

Atitudinea față de boală, modul în care aceasta este acceptată sau nu (intrarea în rolul de bolnav), relația medic-pacient cât și stilul de viață al bolnavului au rol deosebit de important în adaptarea la noua situație de bolnav și depășirea acestui impas existențial.

Astfel, *stilul de viață al bolnavului cronic* suferă numeroase modificări legate de disconfortul somatic și psihic cauzat de boala în sine, de nolle exigențe (restricții) la care este supus (dieta, suprimarea unor activități, renunțarea la anumite responsabilități, pierderea unei anumite autorități, etc) ca și de efectele secundare ale medicației administrate.

În cazul bolnavului astmatic, calitatea vieții este determinată de realitatea unor *handicapuri proprii bolii legate de dificultatea realizării măsurilor de profilaxie* (vezi educația bolnavului) și de tratament (efectele secundare ale medicației).

Toleranța bolnavului față de toate aceste modificări depinde și de puterea de convingere a medicului (scăzută în cazul medicilor pregătiți dar fără calități pedagogice, empatică și disponibilitate de a stabili un contact autentic cu bolnavul).

Evaluarea calității vieții bolnavului astmatic se bazează pe măsurarea unor *indicatori ai sănătății (fizici, de inserție socială, percepția sănătății, energie/fatigabilitate, prezența durerii, etc)* și a unor probleme variate dar specifice astmului.

În esență, evaluarea calității vieții bolnavului astmatic tinde să reducă subiectivitatea aprecierilor bolnavului.

În ultimul deceniu o serie de autori au încercat să evalueze calitatea vieții la bolnavul astmatic. Printre aceștia, Bousquet și colab. au avut meritul de a aplica în 1992 o scală de măsurare a calității vieții (*SF-36-MOS Short Form General Health Survey*) pe un grup de 74 de pacienți astmatici, corelând alterarea indicilor de calitate a vieții cu gradul de severitate a astmului (evaluat la rândul său printr-o scală elaborată de Van Aas ce surprinde atât aspecte clinice referitoare la numărul și durata simptomelor, durata bolii, prezența sau absența intervalelor de calm dintre crize cât și aspectele terapeutice legate de numărul zilelor de tratament necesare).

Autorii încearcă de asemenea să introducă date referitoare la efectul terapiei bronhodilatatoare, parametrii investigați incluzând și creșterea VEMS odată cu modificări ale fluidului bronho-alveolar (număr de eozinofile și ECP). În final, studiul evidențiază o *corelație semnificativă a severității astmului cu majoritatea indicilor de calitate a vieții* incluși în scala SF-36 exceptând pe cei referitori la sănătatea mentală și energie/fatigabilitate.

Chestionarul "Living with asthma" prezintă avantajul unui număr mai redus al itemilor la 68 și al concentrării acestora pe probleme specifice astmului repartizate pe **11 subscale**: *somn, muncă, activități diverse, mobilitate, activitate socială, inactivitate, sport, sărbători, efecte asupra celor din jur, utilizarea medicamentelor, probleme sexuale și stări disforice.*

Recent, Juniper E., în studiile sale asupra calității vieții la bolnavii cu astm și rinită, evidențiază aspecte diferite ale astmului la adulți față de copii. Adulții ar suferi mai mult de insomnii și somnolență ziua, fiind mai reticenti față de activitățile fizice (sport, cumpărături) sau obișnuitele lor hobby-uri (grădinarit, îngrijirea animalelor de casă, etc). Ei prezintă o toleranță mai scăzută la schimbările de vreme, la mirosuri puternice (de exemplu fumul de țigară) iar boala le afectează profund calitatea vieții.

Copiii ar fi însă mai afectați de dificultățile de integrare socială decât de simptomele propriu-zise. Izolarea impusă de boală duce la tulburări ale afectivității ajungându-se la frustrare, tristețe, furie.

Restricțiile terapeutice și profilactice au condus adesea la sustragerea nejustificată a tinerilor astmatici față de tentațiile vârstei lor, mai ales față de practicarea unor sporturi mult îndrăgite a căror interdicție (adesea abuzivă) le crea adevărate complexe de inferioritate.

3. Principalele forme de psihoterapie și mijloace psihofarmacologice utilizate în astmul bronșic

A. Implicațiile profilactice și terapeutice

Cunoașterea rolului SP în apariția, desfășurarea crizelor de astm precum și evoluția bolii (referitor la frecvența și severitatea crizelor sau la simptomatologia intercritică) are desigur implicații în primul rând de ordin profilactic.

Bolnavul astmatic, informat asupra riscului pe care îl prezintă SP pentru boala sa, poate - în unele cazuri - să prevină anumite situații stresante sau să le reducă intensitatea. Între cele mai frecvente și severe SP este chiar panică resimțită de bolnavi în momentul instalării crizei și, desigur, în momentele ei de vârf. Din acest motiv Creer și colab., referindu-se la efectele modeste bronhodilatatoare ale diverselor tehnici psihoterapeutice de relaxare (demonstrate de către Alexander), apără totuși utilitatea acestora prin aceea că ele reprezintă veritabile procedee de autocalmare (inclusiv în timpul zilei) și îl feresc pe bolnav de o serie de inconveniente ale medicamentelor, începând cu utilizarea lor defectuasă și terminând cu efectele lor secundare. Prin urmare, un antidot nemedicamentos împotriva SP îl constituie metodele psihoterapeutice de relaxare.

a) Înaintea lor se cuvine să evidențiem *rolul major îndeplinit de psihoterapia simplă de susținere* ("suportivă") care în mâinile unui medic "cu har" dar și bine instruit poate conduce la o netă ameliorare a cursului bolii (Crieș). Rolul medicului este acela de a capta încrederea bolnavului ale cărui confesiuni, diminuându-i acestuia din urmă starea de tensiune, pot să modifice în sens favorabil evoluția astmului (Gendrot).

Între principiile de bază ale psihoterapiei simple postulate de către Lask considerăm că absolut necesare sunt: *individualizarea tratamentului*, anticiparea de către medic a ceea ce bolnavul așteaptă de la el, *încercarea de a vedea "cu ochii bolnavului"* și *relaționarea problemelor "actuale" ale bolnavului în acord cu dezvoltarea sa emoțională, inclusiv cu evenimentele din copilărie.*

Ca și alți autori (Edith Raameckers, Spector și colab.), noi considerăm bolnavul astmatic, și în genere orice bolnav, ca pe un partener activ al demersului terapeutic, punându-i-se la dispoziție, alături de noțiunile principale despre boală (explicate într-un limbaj adecvat al înțelegerii sale), o serie de măsuri de autotratament al crizei, mergând de la actele de "dirijare" a expirului activ și până la medicația simptomatică capabilă să pună capăt accesului.

Această apropiere a bolnavului de problemele bolii și punerea în fața sa a unor sarcini pe care să și le poată rezolva singur - având în permanență perspectiva unei evoluții ades favorabile dar și accesul facil la medicul curant în cazurile de impas - constituie *premisele unei psihopatii de susținere eficace, în primul rând în combaterea SP impus de amenințarea reapariției crizelor astmatice* (Iamandescu 1993 b).

În acest context securizant față de SP reprezentat de amenințarea crizelor se înscrie și monitorizarea reapariției la domiciliu - cu ajutorul unui aparat portabil de tip Vitalograph - care-i permite bolnavului să sesizeze din timp apropierea crizelor de astm și să poată astfel anunța medicul (Iamandescu 1992 b).

Tabelul 3.

1. Rolul factorului psihic la debutul bolii

a) "Stare de fond" (stres cronic)

- situația general valabilă
- situația cu semnificație electivă

b) Trigger inițial

- exclusiv
- asociat - rol major
- rol minor

2. Rolul actual al fact. psihic

a) declanșează crizele

- evidență: declanșare - aparent exclusivă (AB.psihogen)
- alternativă
- supoziție: fără evidență dar
- lipsă alți triggeri
- "încărcare stresantă"
- tip personalitate (observație)

b) nu declanșează crizele

- supoziție - biografic Normal
- tip pers. Normal
- evidență - toleranță bună la SP (anamneză, observație)

c) întreține evoluția cronică? - idem a)

Psihoterapia de susținere (suportivă) este accesibilă și necesară oricărui medic în tratamentul cărora se află un bolnav astmatic. În situațiile când implicațiile SP sunt decisive în evoluția bolii, ca și ori de câte ori cadrul de organizare al asistenței medicale o permite (de exemplu în clinici medicale, încadrate cu psihologi), se poate recurge la proceduri diferențiate de psihoterapie.

b) Un loc aparte în cadrul acestor proceduri revine celor de **psihoterapie sugestivă**. Dintre ele **hipnoza** aplicată inițial de Luparello și colab., și-a dovedit de multă vreme utilitatea cu condiția existenței unor indicații electiv: *crize de astm declanșate de factori psihogeni la bolnavi cu manifestări nevrotice obsesive* (inclusiv așteptarea anxioasă a crizelor). De menționat prudența ce trebuie să primeze la indicarea acestei metode de tratament adjuvant al crizelor de astm. În caz contrar, aplicarea hipnozei poate conduce la agravarea astmului sau chiar la apariția altor simptome supărătoare (exemplu: un sughiț rebel sau cefalee (VI. Gheorghiu). Succesul cel mai mare al utilizării hipnozei în tratamentul astmului apare la acei bolnavi la care nu s-a produs obișnuința cu tratamentul medicamentos.

□ O variantă a hipnozei, menită să prelungească acțiunea acesteia în absența hipnotizatorului, este cea utilizată de Klumbies și Kleinsorge sub numele de "**hipnoză prin ablație**". Efectul hipnozei este asociat cu un stimul condiționat (exemplu o imagine vizuală a unor cercuri concentrice) și ulterior prin simpla prezentare a imaginii, se reproduce efectul hipnotic (Klumbies).

□ O altă terapie sugestivă aplicată tot mai larg în ultima vreme, o constituie **antrenamentul autogen** descris de Schultz și practicat în diverse variante individuale sau de grup. Metoda constă în conștientizarea - pe calea autosugestiei - a unor cenestezii, capabile să inducă bolnavului un confort psihic generat de ideea că funcțiile organismului său se desfășoară într-un ritm optim. Folosită pentru inducerea unei relaxări psihice, opuse încordării musculare produse de anxietate, această metodă - cu largă aplicație în tratarea BSP - a fost utilizată și în astmul bronșic, mai cu seamă "alegerea" exercițiilor cu concentrarea atenției asupra funcțiunii respirației.

De altfel Creer și Kotses consideră important de subliniat, "creșterea abilității de a se relaxa... elimină unele condiții capabile să inducă bronhoconstricție ... iar relaxarea este efectiv în competiție cu răspunsul bronhoconstrictor la SP".

□ Pe aceeași linie a autoreglării, dar adresată de astă dată "variabilelor fiziologice" (ibidem) se înscriu și o serie de **proceduri de biofeedback** adresate în special reducerii tensiunii musculaturii faciale și efectuate din 1976 de Kotses și colab. și preluată de alți autori (Friedlund și colab.).

Referitor la *biofeedback-ul de relaxare a musculaturii faciale*, prin această metodă se inițiază un reflex nervos cu aferențe trigeminale (culegând tensiunea fibrelor musculaturii faciale) și eferențe vagale (la nivelul musculaturii bronșice), conducând în ultimă instanță la existența unui paralelism între starea de relaxare a musculaturii faciale (apreciată electromiografic și considerată drept obiectiv al tratamentului) și bronhodilatație (Glaus). Un procedeu de biofeedback, accesibil bolnavului în condițiile unui cost redus față de celelalte metode implicând aparatură sofisticată, este *controlul zgomotului respirator (cu ajutorul unui stetoscop)* aplicat de bolnav pe torace. Bolnavului i se cere să-și reducă zgomotul respirației, fapt ce conduce la o ușoară diminuare a spasmului bronșic (Abdulan).

c) În afara acestor proceduri adresate bolnavului în exclusivitate și al cărui beneficiu este mai mult în plan psihologic decât în plan fiziologic

există și **proceduri de terapie de grup**. Creer și Kotses inițiază un program complex ("**comprehensive self management**") cu participarea familiei bolnavului și implicând în esență instruirea bolnavului și a celor apropiați lui (părinți, bunici, etc.) referitor la tehnici de asistare a crizei astmatice (auto-tratament, ajutor dat bolnavului, etc.) și de evitare a factorilor precipitanți.

d) Ca un alt corolar al implicațiilor psihice în declanșarea sau încetinirea nespecifică a crizelor de astm, apare **scoaterea din mediul psihotraumatizant**. Aplicat special la copii - la care influența nefastă din partea părinților (vezi mamele astmogene, problemele personalității copilului astmatic etc.) trebuie suprimată - procedeul acesta de recuperare, vizând într-un nou câmp social instrucțional, cuplat cu schimbarea mediului parental și alergic și cu acțiunea unor factori climatici etc., s-a numit "**parentectomie**" (Peshkin). Cadrul de recuperare - centre de reabilitare denumite și campuri montane (unul dintre cele mai moderne fiind amplasat la altitudine de peste 2200 m, la Font Romeu) - face apel, pe lângă scoaterea din mediu (regulă de bază în tratamentul astmului alergic), la o serie de proceduri psihoterapice: **psihagogia** (Baumgarten - Tramer), **ludoterapia** și alte terapii de grup, sau de **cultură fizică medicală: gimnastică respiratorie, înotul** (Quarles Van Ufford, Baumgarten - Tramer).

Faptul că și adulții pot fi tratați prin această metodă, ca și acțiunea benefică a unor *cure hidrominerale sau heliomarine asociate efectului psihoterapic* (I.Gr. Popescu) pledează pentru înlocuirea termenului de parentectomie cu cel de "**ecoterapie**" propus de Rappaport care susține, prin rezultatele proprii foarte bune, strategia recuperatorie complexă menționată mai sus.

e) Referitor la **medicația psihotropă** utilizată în astmul bronșic este necesar să sintetizăm câteva aspecte de ordin concludiv, sedimentate în decursul timpului, inclusiv în cursul experienței noastre în îngrijirea bolnavilor astmatici (Iamandescu 1980, 1993).

Au devenit tradiționale următoarele atitudini terapeutice:

- administrarea unor psihotrope, atât între accese, cât și în timpul crizei, dominată de regulă de anxietate;

- *combaterea prin sedative* a unor efecte secundare psihice de tip excitator induse de medicația bronhodilatatoare (Xantine și simpatomimetice);

- *tratarea sindroamelor nevrotice asociate cu astmul bronșic*, în majoritatea cazurilor fiind vorba de tulburări induse (secundare) în cursul evoluției bolii;

- *administrarea de parasimpatolitice* (în prezent preparate de aerosoli de tip Ipratropium) ar avea un rol benefic, privind atenuarea sau suprimarea efectelor sugestiei asupra căilor respiratorii (Lane și Storr) deci de protejare contra declanșării reflex condiționate a crizelor;

- *corectarea tulburărilor neuro-vegetative*, frecvente în astm, prin preparate însumând acțiuni parasimpatolitice și sedative (de tip bergonal, etc) (atenție la marea "gafă terapeutică" de a se administra distonocalm - care conține propranolol - la astmatici);

- folosirea frecventă a unei *medicații cu dublă acțiune: tranchilizantă și antihistaminică* (de exemplu hidroxizin în astmul alergic, mai ales când este însoțit și de rinită și/sau urticarie);

- *abținerea de la administrarea de hipnotice și chiar tranchilizante* în stările de rău astmatic, cel puțin în cazurile lipsite de posibilitatea asistării respirației, în scopul evitării efectelor bronhoplegic și deprimant respirator central.

Arsenalul terapeutic psihotrop folosit în astmul bronșic a fost și este destul de larg.

În prezent, astmul bronșic beneficiază major de medicație tranchilizantă, atât în faza de acalmie cât și în starea de rău astmatic (aici sub rezerva administrării într-un serviciu de reanimare).

Dintre **tranchilizante** considerăm ca utile benzodiazepinele (diazepam, oxazepam, medazepam) iar dintre **antidepresive**: Mianserin și Maprotilina (dotate și cu proprietăți antihistaminice).

Recent, avem în studiu tianeptina (Coaxil) adăugată la tratamentul de sevraj al astmaticilor corticodependenți.

4. *Complianța terapeutică*

Considerăm (Iamandescu 1996a) că acest termen ar trebui folosit în definirea gradului de adeziune (de conformare) a pacientului față de indicațiile terapeutice privind medicația cât și față de alți agenți terapeutici incluzând stilul de viață.

Majoritatea autorilor au raportat încă de la început și până în ultima decadă o complianță terapeutică de 50% (Tunster).

În ceea ce privește complianța terapeutică față de tratamentul prescris este necesar să fie luați în considerație anumiți factori psihologici (psihici) ce țin atât de personalitatea pacientului astmatic și a medicului practician cât și de influențele psiho-sociale începând cu cele obișnuite, până la educația medicală promovată de mass-media.

Într-un studiu anterior (Iamandescu 1996a) privind complianța terapeutică, am arătat că în cazul pacienților astmatici, ca de altfel și în cazul altor pacienți cu tulburări psihosomatice, aceasta depinde de următorii factori psihologici:

- comportamentul bolnavului față de prescripția clinică (hipo- și hipercomplianța, sau creșterea gradată a complianței terapeutice până la corticodependență;

- prestigiul medicului practician (efect sugestiv crescut) cât și capacitatea sa persuasivă, asociată cu calități relaționale (căldura sufletească) și încrederea (optimismul) în propriul tratament (în tratamentul prescris);

- idei preconcepute (pozitive sau negative);

- severitatea bolii și gradul în care restricțiile terapeutice influențează calitatea vieții pacientului (incluzând resursele sale anti-stres cât și nivelul motivației sale);

- succesul sau eșecul anterior al unor prescripții terapeutice similare cât și efectele secundare nedorite.

Un studiu recent (Iamandescu, Popa-Velea și Aura Găină 1996) asupra complianței terapeutice la 100 pacienți astmatici, în marea majoritate alergici la arcadieni, a dovedit predominanța următoarelor aspecte:

- pacienții nu au beneficiat practic de un program educațional referitor la problemele legate de boală (51% manifestând interes pentru autodocumentare, găsind informații în mass-media sau de la alți pacienți, dar fără o sistematizarea noțiunilor);
- complianța terapeutică foarte bună, declarată de 80% din subiecți (pacienți), dar în realitate mult mai scăzută (50% nu au putut evita efortul, praful, poluarea, etc);
- în absența unui program educațional, factorii socio-culturali și psihologici sunt implicați într-o foarte mare măsură;
- prestigiul medicului (ca vindecător);
- disponibilitatea afectivă (52% au apreciat mai mult calitățile empatiche decât nivelul intelectual - 30%);
- influența mamei (supraveghere, control) în a respecta prescripțiile medicale (la 50% din cei 26 de adolescenți incluși în studiu, la care scade capacitatea de control și stima de sine);

Rezultatele noastre sugerează indirect necesitatea unei noi abordări a pacientului astmatic, bazată pe parteneriatul cu medicul în cadrul unui program educațional de monitorizare a parametrilor diagnostici, a mijloacelor terapeutice și tratamentului.

Până la introducerea pe scară largă a programului GINA, complianța terapeutică pare, în opinia noastră, să rămână sub influența puțin controlabilă a numeroaselor variabile psihologice.

Bibliografie

1. Anderson W - Chap. Biochemical mediators, pp. 95/111 in E.B. Weiss and M. Stein (eds). *Bronchial Asthma. Mechanisms and Therapeutics*. Little Brown 1993.
2. Barnes PJ - Neural mechanisms in asthma in *Advances in allergy and clinical immunology* (Ed.Godard Ph., Bousquet J și Michel FB) pp. 161-174, Parthenon Publish. Group. Lancs UK. New Jersey, 1992.
3. Bender BG - Measurement of quality of life in pediatric asthma clinical trials. *Annals of Allergy, Asthma and Immunol.* 1996, 77 (6), 638-447.
4. Black S - Inhibition of immediate type hypersensitivity by direct suggestion under hypnosis - *Brit.Med.J.* 1963, 1, 925-929.
5. Bousquet J - How do we optimise asthma assessments ? in Eds. Clark T.H., Fabri L.M. "How to optimise asthma therapy" - pp. 27-30. *Excerpta Medica*, Amsterdam, 1992.
6. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial rhinitis with the French version of the SF-36 health status questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 94: 182-8.
7. Brush J, Mathe A. Cap. Psychiatric aspects p.1121-1131, in *Bronchial Asthma-Mechanisms and Therapeutics*, eds. Weiss E. and Stein M., third ed. Little-Brown, Boston (Toronto) London, 1993.
8. Creer TL - Biofeedback and asthma, *Adv. Allergy Asthma*, 1974, 1, 6-14.
9. Creer TL - Kotses H., chap.47: Asthma: psychologic aspects and management pp. 1015-1036, in (Eds) Middleton F. Jr., Reed C.E. Ellis E.F. - *Allergy. Principles and practice*, - Mosby Co., St.Louis, Toronto, London, 1983.

10. Crieș H.L. - cap. Emotional problems in the allergic child, p. 383-441, in (Red) Crieș H.L. *Allergy and clinical immunology* Grune and Strtton, New York-London 1976.
11. French T.M. and Alexander F. Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosom. Med. Monogr.* 1941, 4:2.
12. Freour P., *Asthme - une maladie complexe*, - *Bordeaux Med.*, 1969, 1, 11, 1012.
13. Fuchs E., Schulz K.H. (eds.) - *Manuale allergologicum. Kapitel VIII (1-12)*. Düstri Verlag. Dörsenhofen, 1988.
14. Gheorghiu V.I. *Hipnoza*, Ed. Șt. Enciclop., București 1977.
15. Glaus, K.D., and Kotses, H. Generalization of conditioned muscle tension: A closer look, *Psychophysiology* 16:563, 1979.
16. Godfrey S. and Silverman M. Demonstration of placebo response in asthma by means of exercise testing. *J. Psychosom. Res.* 17:293, 1973.
17. Graham P. Childhood asthma: A psychosomatic disorder ? Some epidemiological considerations. *Br. J. Prev. Soc. Med.* 21:78, 1977.
18. Hansen K. *Allergie*, Thieme Verlag, Stuttgart, 1961.
19. Heim E et al. Airway resistance and emotional state in bronchial asthma, *Psychosom. Med.* 29:450, 1967.
20. Iamandescu I.B. *Corelații psiho-somatice în astmul bronșic. Teză de Doctorat*, IMF București 1980.
21. Iamandescu I.B. - *Aprecierea indicilor de calitate a vieții în bolile cronice, cu referire în special la bolnavii astmatici. Viața medicală* 4 nov. 1992.
22. Iamandescu I.B. Depression as an aquired personality trait in asthmatics - *Allergy Clin. Immunol. News* 1994, suppl. 2 Abstracts, 538.
23. Iamandescu I.B. - *Efectul Placebo* - *Infomedica*, 1995, 2, 128-130
24. Iamandescu I.B. - *L'asthme bronchique avec trigger psychigene. Considerations sur certains etudes personnelles (epidemiologique et psychologique)* - *Psychol. Medicale (Paris)* 1995, 3 sous presse.
25. Iamandescu I.B. *Monitorizarea bolnavului astmatic în ambulator. Viața Medicală* 22 sept. (1992).
26. Iamandescu I.B., Coculescu M. Acute and chronic stress in etiopatogeny of allergic asthma-*Allergy Clin. Immunol. News* 1994, 2, Suppl. Abstracts, 537.
27. Iamandescu I.B., Popa Velea O. - *Neurotic symptomatology in allergic and non allergic asthma patients. Allergy* 1995, 50, 26, 310.
28. Iamandescu I.B. *Psihologie Medicală*, Ed. Infomedica, 1996.
29. Iamandescu I.B. *Mecanisme psihoendocrine invocate în evoluția astmaticilor corticodependenți. Cong. Națion. I. Psihoneuroendocrinologie București*, 27-28 sept. 1996.
30. Isenberg S, Lehrer P.M., Hochron S. The effects of suggestion and emotional arousal on pulmonary function in asthma: A review and a hypothesis regarding vagal mediation. *Psychosom. Med.* 1992, 192-216.
31. Janson C et al. Anxiety and Depression in Relation to Respiratory Symptoms and Asthma, *Amer. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994, 149, 903-934.
32. Kleinsorge R. - cap. "Psychoterapie in Asthma bronchiale" - pp. 128-142 . in "Asthma bronchiale" Ed. Findeisen D.G.R., VEB Volk und Gesundheit, Berlin, 1968.
33. Kotses H, et al. Operant reduction on frontalis EMG activity in treatment of asthma in children, *J. Psychosom. Res.*, 1976, 20, 453.
34. Kourilsky R. Le conflict de personnalite che l'asthmatique *J. Fr. med. Chir.*, 1963, 2, 135.
35. Kourilsky R. Les mecanismes psychologiques dans l'asthme. *Bordeaux medical*, 1969, 1120-1126.
36. Lane D, Storr A. *Asthma the facts*, Oxford University Press, 1979.

37. Luparello T. et al. Influence of suggestion on airway reactivity in asthmatic subjects. *Psychosom. Med.* 30:819, 1968.
38. Mathov E. New classification of bronchial asthma, *Alergol. et Immunopathol.*, (Pamplona Spain), 1981, 3, 241-245.
39. Meijer A. Conflictual maternal attitudes towards asthmatic children. *Psychother. Psychosom.* 1980, 33:105.
40. Oehling A. "Immunological aspects of the pathogenesis of bronchial asthma" - *Allergol. et Immunopathol.*, 10, 6:417-422, (1982).
41. Păun R., Popescu I. Gr., Jelea A., *Astmul bronșic*, Ed. Medicală București, 1974.
42. Popescu I. Gr. La rehabilitation dans l'asthme bronchique, *Rev. Roumanie med.int.*, 1968, 5, 321-328.
43. Predescu V., Nica Udangiu St. *Epidemiologia nevrozelor în populația urbană*, *Neurologia*, 1976, 21, 3, 169-178.
44. Schmidt-Traub S. The psychoimmunological network of panic disorders, agoraphobia and allergic reactions. *Thorax* 1995, feb. 52(2) 123-128.
45. Seropian E. *Terapia antialergică nespecifică*, Ed. Medicală București, 1972.
46. Spector SL and Nicklas RA (eds): *Practice Parameters for the diagnostic and treatment of asthma*. Amer. Acad. of Allergy and Immunol. Amer. College of Allergy and Immunol., 1993.
47. Theodorakis R. Adolescent asthma - in *Conversations* - 6 pp. 26-28 (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology 54th Meeting) - UCB Pharma - Brussels - Belgium 1998.

B. DERMATITA ATOPICĂ

Dermatita atopică reprezintă o boală cutanată inflamatorie cu un tablou clinic și lezional complex și polimorf, dominată de prurit și având o evoluție cronică sau în pusee recidivante. Ea survine pe un teren atopic fiind frecvent asociată cu manifestări alergice respiratorii (rinită și/sau astm), dar poate exista și în afara acestei asocieri (dermatita atopică "intrinsecă" - Wuthrich).

Ca orice boală psihosomatică cu patogeneză multifactorială, dermatita atopică este influențată într-un mod "consistent" de factorul psihic, care poate fi responsabil, atât de inducerea unor pusee de activare a bolii, cât și de exacerbarea de moment a unor manifestări clinice deja existente (de ex. pruritul) sau de favorizarea acțiunii unor factori ce complică evoluția bolii (suprainfecția cutanată stafilococică, de ex.) (*Figura 1*).

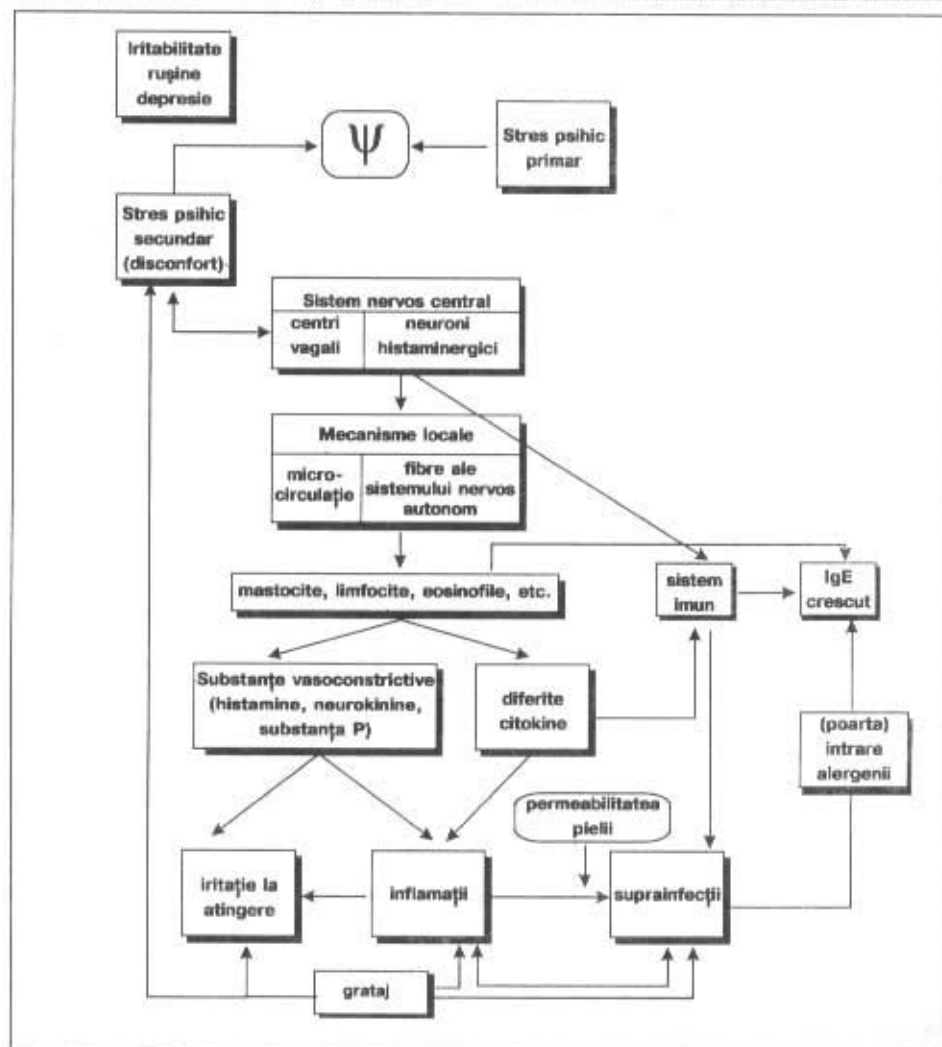
1. Rolul factorului psihic în evoluția dermatitei atopice

În dermatita atopică (D.A.) considerăm că, pe lângă stresul psihic - cu rol declanșant sau de întreținere sau de agravare a puseelor evolutive - există o participare extrem de importantă a condiționării reflexe între unii stimuli indiferenți de mediu și pruritul sau gratajul care reprezintă simptomele cele mai evidente în planul observației din exterior a bolnavului.

Dacă stresul psihic (SP) de orice fel poate să declanșeze ori să accentueze modificările lezionale, inclusiv cele ale microcirculației cutanate, există totuși în DA o relativă preponderență a anumitor tipuri de SP care se remarcă prin persistența lor aproape obsedantă pentru bolnav. Datele din literatură (Niebel, Gieler, Colțoiu, Bousquet, Wutrich) care evidențiază *circumstanțele*

*stresante cu rol de constantă "presiune psihologică" asupra bolnavului cu D.A. următoarele: conflicte familiale (fraterne sau cu părinții), școlare sau profesionale, agenții stresori care produc o așteptare anxioasă sau provoacă răspunsuri agresive (ori exacerbează agresivitatea bolnavului), tulburările de dinamică sexuală, activitatea mentală oboseitoare, stările de disconfort - încordarea - și de epuizare). Un rol favorizant pentru perceperea mai acută a pruritului îl au *situațiile în care atenția bolnavului nu este atrasă de alte activități interesante* (inactivitatea) sau *când bolnavul este singur* - ca de ex. în situațiile de izolare socială, favorizate prin instalarea unui cerc vicios - de jena lui față de cel din jur sau în cadrul depresiei cauzate de boală.*

Figura 5. Inserția stresului psihic în mecanismele patofiziologice



De altfel, *depresia* a fost evidențiată, în cadrul unui studiu relativ recent, realizat de Gupta și colab., ca având un rol de modulare - reducere a pragului (Crishold) de apariție - a pruritului în D.A., psoriazis și urticaria cronică idiopatică.

O evaluare cu caracter epidemiologic a intervenției factorului psihic în apariția recidivelor (puseelor = faza de activitate) a DA efectuată de Rowold în 1990 a evidențiat implicarea *situațiilor conflictuale și a celor de comportament social defectuos* în 66% din cazurile cu DA studiate.

2. Mecanisme psihoneurofiziologice cu posibilă acționare de către factorii psihici

În evaluarea "substratului" neuro-vegetativ și endocrin asupra cărora acționează factorul psihic în DA, trebuie avute în vedere următoarele "premize" ale modulării - prin mecanisme psihologice - a diverșilor factori etiopatogenici ai acestei boli:

1. - unele caractere generale ale patogeniei și patofiziologiei din DA, dintre care considerăm ca esențiale pentru inserția - la nivelul lor - a factorului psihic: *degranulabilitatea mastocitară* (mast cell releasability) *crescută în puseele de activitate ale bolii, tulburările de imunoreglare și blocada beta-adrenergică*, acesta din urmă cu rol în favorizarea unui tonus colinergic responsabil - pe lângă o serie de tulburări vasomotorii sau de termoreglare - de răspunsul excesiv sudoral (transpirație facilă) la bolnavii cu DA.

2. - *interacțiunea bidirecțională între sistemul nervos central (și periferic) și sistemul imun, ca și comunicarea de asemenea "reciprocă" între mastocit și neuroni*. Tot la acest nivel al discuției se înscrie și rolul interleukinelor în modularea activității cerebrale și a sistemului imun (inclusiv secreția de glucocorticoizi) (Niebel).

3. - *importanța mecanismelor locale neuro-vegetative, axate pe eliberarea, prin reflex de axon, a neuropeptidelor, în special substanța P, consecutivă excitării receptorilor polimodali cutanați care au rol degranulant mastocitar*. Nu este deloc imposibil ca un stres psihic să moduleze, în ultimă instanță, și activitatea acestei instanțe superioare a sistemului nervos, la nivel cutanat.

Desigur, SP intervine prin numeroase mecanisme în etiopatogeneza unor procese imunologice sau non-imunologice din cadrul D.A. ca de ex. degranularea mastocitară, *scăderea rezistenței la stafilococ și la unele virusuri sau bacterii* (generatoare de infecții) care complică D.A. În acest din urmă caz este semnificativă demonstrația realizată de o serie de autori (Bartrop sau Khansari) care evidențiază scăderea unor parametri imuni în cursul stărilor depresive.

Încercând o sistematizare a punctelor de impact posibil al SP în etiopatogenia D.A., vom avea în vedere următoarele:

1. *Punerea în mișcare a unor mecanisme colinergice, pe un fond deja crescut al tonusului colinergic din DA*. În plus, ar exista și o creștere a nivelului monocitar al fosfodiesterazei (Hanifin și colab.), implicată în scăderea AMP ciclic și favorizând, deci, degranularea mai facilă a mastocitelor. Prin

aceste mecanisme colinergice activate în cursul emoțiilor se poate explica agravarea pruritului ca urmare a transpirației excesive la bolnavii cu DA.

2. *Creșterea activității neuronilor histaminergici din sistemul nervos central*, în cursul stresului psihic, este probată, indirect, de creșterile histaminemiei, evidențiate în situațiile experimentale sau naturale de stres psihic (exemplul furnizat de către Ring al stresului pacientului aflat pe scaunul stomatologic).

3. *Ipotetica comandă corticală asupra unor mecanisme nervoase autonome* de la nivelul pielii implicate în eliberarea "preferențială" de neuropeptide, între care substanța P este un reputat degranulant al mastocitelor.

4. **Reacția somatopsihică întreținută de prurit cu efect de stres psihic secundar** și crearea a unui cerc vicios între stimulii lezionali primari (prurit și durerea după grataj) și eliberarea secundară de histamină ca urmare a disconfortului psihic creat.

5. **Asocieri reflex condiționate**, în secvența de grade multiple, între diverse configurații situaționale stresante constante (de ex. vederea unor persoane cu care bolnavul se află în conflict și față de care el a dezvoltat o adevărată "alergie psihică"), și manifestările percepute ale bolii în cursul stresului determinat inițial de conflictele declanșate în condițiile (de persoanele) respective.

Trebuie menționat că **efectele stresului psihic asupra DA sunt înregistrate de către pacient numai sub forma unor simptome perceptibile de către acesta cum ar fi pruritul și usturimile**. Desigur, un stres prelungit poate să inducă o acutizare a bolii în cadrul căreia pruritul poate prezenta variații legate de o multitudine de factori. Unul dintre factorii de amplificare a pruritului este autoobservarea exagerată din partea pacientului dar - la copil - mai importantă este atenția exagerată și plină de interdicții a părinților față de gratajul efectuat aproape involuntar de către bolnav.

3. Modificările din sfera personalității bolnavului cu DA

Apariția bolii în prima copilărie și persistența ei la vârsta adultă realizează premisele unei "psihizări" a DA și, mai ales, a stabilizării unor modificări apărute la suprafața personalității așa încât ele să devină stabile și să fie incluse în structura personalității devenind "personality troubles" (ceea ce în taxonomia mai veche se apropia - fără să coincidă perfect - de așa numitele stări psihopatoide, cum era de ex. cazul bolnavilor cu crize comițiale, care dezvoltau o personalitate epileptică).

Există cu certitudine două categorii de opinii antagonice, referitoare la personalitatea bolnavului cu DA.

- *teoria clasică, de esență psihanalitică*, ce atribuie bolnavului cu DA un profil de personalitate specific (fie coincident fie predispozant pentru boală), ca de ex. tipurile descrise de Stokvis, Beerman, Ingram cât și de Colțoiu, caracterizate prin: sentimente de nesiguranță, inferioritate, agresivitate și egocentrism, cu o reactivitate de tipul "totul sau nimic" și cu o inteligență peste medie. Această din urmă constatare este valabilă, într-adevăr, pentru majoritatea bolnavilor alergici dar, în opinia noastră, prezența unei inteligențe crescute a acestor bolnavi poate fi doar o simplă asociere a unor gene cu exprimare la nivelul gândirii și, respectiv, imunității, fără o intercondiționare

importantă, cum ar fi aceea între vulnerabilitatea afectivă a unui bolnav atopic față de stres și ritmarea evoluției bolii atopice respective - astm, DA etc. - sub acțiunea trigerr-ului psihic.

O altă tipologie "predispozantă" pentru DA a mai fost descrisă de către Witkower și Russel: bolnavii cu această afecțiune sunt egoiști, răzbunători, ostili și cel mai adesea introverți. Chiar înainte de ultimele 3 decenii ale acestui secol au apărut critici referitoare la aceste teorii vizând preexistența unei personalități primare în DA. Astfel, Sulzberger a evidențiat - pe lângă lipsa unui profil de personalitate specific în DA - "normalitatea" trăsăturilor de personalitate la bolnavii aflați în cursul unor perioade prelungite de remisiune a bolii.

● *modificări de personalitate induse secundar de către reacția psihică a bolnavului la evoluția bolii.* Este o opinie probată de observația clinică precum și de logica raționamentului diagnostic. Astfel, Sonneck și colab. au remarcat influența negativă a perioadei de școlarizare asupra a 90 de elevi cu D.A., manifestată prin tulburări de atenție, agresivitate, indisciplină, toate acestea dispărând în timpul vacanței școlare (dar trebuie avută în vedere și modificarea climatului, devenit uscat și cald). O remarcă sintetică a lui Kulawik referitoare la bolnavii cu D.A. este centrată pe reacția acestora față de disconfortul bolii (pruritul în special), cât și implicațiile ei estetice. Această reacție față de boală se transmite în două direcții, deși divergența către care tinde bolnavul într-un mod oscilant: apropierea față de cei din jur (încurajată sau nu din exterior sau permisă ocazional de remisiunea bolii) și îndepărtarea față de aceștia (în funcție de răspunsul negativ al celor din jur la "avansurile" sale sau de agravarea bolii).

Această ambivalență a contactelor sociale ale bolnavului cu DA este întreținută și de marea susceptibilitate a bolnavilor respectivi, preocupați încontinuu de boala lor, fapt ce le generează (sau le amplifică) o stare de anxietate (persistentă) (Colțoiu).

4. Date psihometrice și psihiatrice

Importantul disconfort prezent în DA, polimorfismul contextului biografic al pacienților ca și al tabloului clinic și evolutiv al bolii, condiționează apariția unor tulburări de personalitate secundare, în cazul evoluției îndelungate și severe a DA. Din acest punct de vedere nu este surprinzător că datele mai vechi sau mai noi, cu privire la trăsăturile de personalitate ale acestor bolnavi, sunt înregistrate destul de diferit de către diverși autori. Astfel Borelli și Schnyder, încă din 1962, descriu 3 tipuri de bolnavi cu DA: **egocentrici, hipersensibili, anxioși și iritabili, schizotimi**. Hoek evidențiază, cu ajutorul MMPI, la 254 pacienți cu DA, prezența unor valori crescute la scalele Hs (*hypochondria*), Hy (*hysteria*) și D (*depresia*). De altfel, Niebel, sistematizând datele din literatură (inclusiv cele personale), descrie o reacție relativ uniformă a bolnavilor cu DA față de suferința lor, manifestată prin **atitudine negativă și preocupări față de propria piele și printr-o dificultate de a colabora cu ceilalți** izvorâtă din senzația că - datorită leziunilor cutanate - este lipsit(ă) de atractivitate.

În planul manifestărilor clinice cu caracter psihiatric se remarcă la copii cu DA așa-numitul *ADDH (Attention Deficit Disorder Hyperreactivity)* manifestat printr-o stare de agitație cvasipermanentă și scăderea atenției (mai ales în cadrul orelor de școală), iar la adult o tendință spre hiperactivitate.

Totuși, date mai recente (Mc Gee și colab., 1993) pun sub semnul îndoielii relația dintre ADDH și DA.

De altfel, chiar și opinia referitoare la gradul ridicat de inteligență al atopicilor a fost pusă la îndoială de către Colțoiu care a întâlnit, în lotul studiat de peste 250 atopici, 6 familii de copii atopici cu un grad moderat de oligofrenie (câțiva copii prezentau chiar un teren comițial dar acest fapt ar putea justifica, din contră, o posibilă întârziere mintală dobândită, ceea ce ar anula contestarea trăsăturilor mentale pozitive - inteligența - induse genetic, o dată cu terenul atopic, la bolnavii cu DA).

Sistematizând datele prezentate referitoare la personalitatea bolnavilor cu DA, se poate afirma că ea suferă în mod extrem de variat *impactul variatelor aspecte clinico-evolutive ale bolii, ca și al condițiilor diverse de relaționare a bolnavilor cu mediul lor socio-familial*.

Se pot distinge ca elemente comune majorității bolnavilor cu DA, următoarele: tendința la *introversie, agresivitate, iritabilitate* (consecutiv manifestărilor de grataj generate de prurit și care nu pot fi exteriorizate în public), *anxietate* (generată de expectații negative referitoare la cursul bolii) și *depresie, ca stare afectivă "finală", cu caracter de descurajare față de eșecurile terapeutice* și afectarea inserției sociale a bolnavului cu DA; uneori depresia apare pur și simplu ca depresie de epuizare, prin refularea somato-psihiică față de disconfortul prelungit și agasant din cursul puseelor de activitate a bolii.

5. Psihoterapia bolnavilor cu DA

Îmbracă forme variate (ca forme generale sau speciale) de aplicare dar se pot considera două direcții, obiective majore, ale utilizării măsurilor psihoterapeutice:

□ **suportul psihologic acordat problemelor generale ale bolii**, cu accent pe contactele sociale ale pacientului; tot în această direcție se înscriu și diferitele metode cu caracter antistres;

□ **mijloace psihologice axate pe modificările comportamentale legate de tolerarea pruritului și prevenirea (sau atenuarea) gratajului**, în cadrul unor îngrijiri ale pielii prescrise de dermatolog cuplate cu terapia comportamentală exercitată de către psihologul din echipa (team) de îngrijire a bolnavului cu DA.

Se pot distinge mai multe tipuri de proceduri psihoterapeutice:

a) *Schimbarea condițiilor favorabile declanșării pruritului și gratajului* prin instrucțiuni cu caracter antistres specifice situațiilor psihotraumatizante pentru bolnavul în cauză. Aceste indicații cu caracter profilactic rezultă în urma convorbirii amănunțite cu bolnavul asupra problemelor sale psihologice.

b) *Strategii cognitive* induse bolnavului cu DA în scopul îndepărtării gândurilor sale obsesive de la pielea bolnavă.

c) *Exerciții inductoare de relaxare*, în condițiile îmbinării unei activități motorii moderate cu tehnici de inducere a unui autocontrol (adresat în special comportamentului de grataj) conducând la realizarea unui echilibru între excitația dată de prurit și componenta motorie a gratajului.

d) Aplicarea unor *stimuli cutanați care scad pruritul*.

e) Inducerea unor *strategii generale de autocontrol general*, extinse și la comportamentul de grataj.

f) Aplicarea în colaborare cu dermatologul a unui *program centrat pe îmbinarea tratamentului medical cu un program de terapie comportamentală* adresat în special pacientului cu DA ce prezintă tulburări psihice sau cu o personalitate afectată intens de boală (Gabriele Niebel). De altfel o comparație între randamentul terapeutic al programului de îngrijire a pielii recomandat de dermatolog și cel al terapiei comportamentale, conduce la o apreciere favorabilă a acesteia din urmă. Dar, așa cum remarcă Gabrielle Niebel (1995), cel mai bun randament este dat de îmbinarea celor două metode (medicală și psihologică).

6. Particularități ale complianței terapeutice și ale indicilor de calitate a vieții la bolnavii cu DA.

Au fost studiate mai puțin, dar considerațiile generale de la capitolele respective cu caracter general sau cele legate astmului bronșic - rămân valabile.

Câteva considerații merită făcute, raportate la specificul DA.

a) Complianța terapeutică

La copilul cu DA este extrem de importantă atragerea părinților săi în echipa terapeutică (un model general, ca cel al grupului Monte Verita, creat de Luban Plozza apare ca extrem de benefic), dar și participarea acestora la practicarea unui Training Comportamental, la fel ca și copiii afectați de boală. Cu această ocazie se pot reglementa procesele de interacțiune între părinți și copil, cu implicații în patogeneză, inclusiv fixația excesivă, în scop de reprimare, asupra comportamentului de grataj.

Această includere în cadrul complianței terapeutice a modificării comportamentului parenteral față de copil se justifică prin beneficiul terapeutic urmărit și care nu este legat și de acest pattern atitudinal (behaviour pattern) tinzând spre eliminarea tensiunilor intrafamiliale, inclusiv a anxietății de așteptare din partea amândurora.

De asemenea, măsurile de îngrijire a pielii, concepute - nu în stil primitiv - ci de "cultivare" a unei pielii sănătoase, pot fi mai ușor urmate de către copil.

Adultul cu DA este mai puțin receptiv față de indicațiile medicului în momentele de acalmie ale bolii (observații personale), revenind la consultații numai în perioadele de recidivă, mai ales când implicațiile estetice ale bolii sau complicațiile ei sunt relativ scăzute. Cufundarea într-o activitate plăcută, pasionantă, poate abate atenția de la prurit dar - peste o anumită limită a suprasolicitării - acest simptom reapare și, o dată cu el, bolnavul revine la o complianță terapeutică mai bună.

b) Indicii de calitate a vieții în DA

Pot fi cei generali, valabili pentru orice boală (cum sunt cei incluși în testul SF-36) dar și cei legați de *prurit, tentația gratajului și usturimile sau*

durerile apărute secundar acestuia. În plus, jena față de anturajul care observă gratajul sau consecințele acestuia și ale bolii, în general, (tegumentele cu escoriații, lichenificate), precum și tendința la eritem emoțional cantonat la față și gât, pot fi incluse alături de "indicii somatici" descriși mai sus.

În afară de prurit, inclusiv accentuarea lui în stările depresive deja menționate, literatura consultată de noi și consacrată DA nu este bazată în date referitoare la indicii Quality of Life în această boală.

Bibliografie

1. Bartrop R. W., Lazarus L., Luckhurst E. și colab. Depressed lymphocyte function after bereavement - *Lancet* 1977, 1, 834.
2. Bienenstock J. Psychoneuroallergology - a reality - *Conversations in allergy* (IV), pp. 15-18, UCB - Institute Allergy, Brain l'Alleud, 1995.
3. Bousquet J. How do we optimise asthma assessments? in Eds. Clark TH., Fabri L.M. "How to optimise asthma therapy" - pp. 27-30 *Excerpta Medica*, Amsterdam, 1992.
4. Bousquet J., Godard Ph. Michel FB (eds) *Allergologie*, pp. 227-242, Ellipses, Paris, 1993.
5. Bousquet J., Michel F.B. Socio-economic aspects of allergic diseases p. 178-184, in Wuthrich B. - *Highlights in allergy and clinical immunology* Hogrefe and Huber, Bern 1991.
6. Colțoiu A., *Dermatoze dispoziționale* Editura Medicală, București, 1974.
7. Dock P. Le prurit *Essentialia* (UCB - Bruxelles) 1985, 2 și 3, p. 29, 57.
8. Hanifin J. M. 1966 *Pharmacophysiology of Atopic Dermatitis*. Clin. rev. Allergy 4:43-65.
9. Khansari D.N., Murgo A.E., Eath R.E. Effects of stress on the immune system. *Immunology Today*, 1990, vol. 11, 5, 170-175.
10. Kulawik H., *Psychoterapie bei somatischen Erkrankungen und Funktionsstörungen*, G. Fisher, Jena, 1984.
11. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., *Boli psihosomatice în practica medicală* (trad. E. Toma). Ed. Medicală, București, 1996.
12. Luban Plozza B. - Empowerment techniques: from doctor - centered (Balint approach) to patient - centered discussion groups. *Patient Educ. Counseling* 1995, 26, 257-264.
13. Niebel Gabrielle - *Verhaltensmedizin der chronischen Hautkrankheiten und ihrer Behandlung. Interdisziplinäre Perspektive der Atopischen Dermatitis*. Huber, Bern, 1995.
14. Ring J. Pales E, Zimmermann F, Psychosomatische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bei atopischem Ekzem im Kindesalter. *Hautarzt* 1986, 37, 560-567.
15. Ring J. - Adverse food reactions between psychology and allergy. *Fisons Summary Service at EAACI*, p. 4. Zurich, May 1991 (Wednesday).
16. Scheich G., Florin I., Rudolph R., Wilhelm S. - Personality characteristics and serum IgE level in patients with atopic dermatitis - *J. Psychosom. Res* 1993, 37(6), 637-42.
17. Solomon M. L., Seerman H. - Atopic Dermatitis, *Amer. J. med. Sci.*, 1966, 252, 478.
18. Sulzberger M. B. - Atopic Dermatitis. In: *Dermatology-Diagnostic and treatment*, Year Book for 1961.
19. Szentivany A., The beta-andrenergic theory of the atopic abnormality in bronchial asthma, *J. Allergy*, 1968, 42, 4, 203-216.
19. Wuthrich B. - Atopic dermatitis. pp. 112-129 in UCB - *Allergy Manual*, Braine l'Alleud 1992

C. ALERGIA MEDICAMENTOASĂ

Reacțiile de tip alergic la medicamente reprezintă un câmp de acțiune ce ilustrează exemplar cercul *vicios psihosomatic - somato-psihic prin impactul psihic brutal și persistent al unor accidente medicamentoase anafilactice* asupra unor bolnavi care dezvoltă ulterior o așteptare anxioasă sau veritabile fobii față de medicamentele necesare, manifestând tulburări psihosomatice ample la fiecare nouă administrare de medicament. Aceste tulburări confundabile adesea cu simptomele de alergie medicamentoasă propriu-zisă.

1. Conceptul de RtAM

Sub acest termen am considerat anterior (Iamandescu 1987 și 1993) că pot fi grupate următoarele tipuri de manifestări clinico-patogenice:

□ *manifestări clinice obiective - sindroame cutanate, respiratorii, digestive sau sistemice* care sunt generate efectiv, per se, de medicamente prin mecanisme alergice propriuzise ("alergia vera") sau pseudoalergice (tablou clinic identic - astm, sindrom urticarian, șoc - declanșat de mediatorii vasoactivi și musculo-constrictori eliberați de către efectori precum mastocitele, bazofilele plus celulele infiltratului placentar, fără apariția reacției alergen-anticorp, așa cum este cazul medicamentelor AINS ori al celor care degranulează nespecific și direct mastocitul, ca de exemplu: cofeina, polimixina, Dextranul, etc.).

□ *simptome subiective, prezentate sau interpretate ca "alergice"* - Acestea sunt de fapt reacții nevrotice (adesea condiționate reflex) care mimează un episod alergic real anterior, adesea chiar cu scăderi tensionale moderate - (vezi Seropian și Iamandescu - 1980) dar, de regulă, se manifestă prin simptome subiective: cefalee, amețeli, anxietate extremă, stări lipotimice.

Cel mai frecvent sunt luate în considerație de către clinicieni simptomele obiective din primul grup, al doilea având o componentă psihică doar secundară dar, ulterior, simptomele subiective din grup devin parazitare și crează mari probleme în special unui terapeut mai puțin sigur de cunoștințele sale alergologice și cu o personalitate cu un grad crescut de anxietate bazală.

2. Parametrii psihologici ai bolnavilor RtAM

Factorii de care trebuie să se țină cont în abordarea psihosomatică a acestor bolnavi sunt:

□ **Trăsături psihice acute și "de fond" ale bolnavilor cu RtAM**

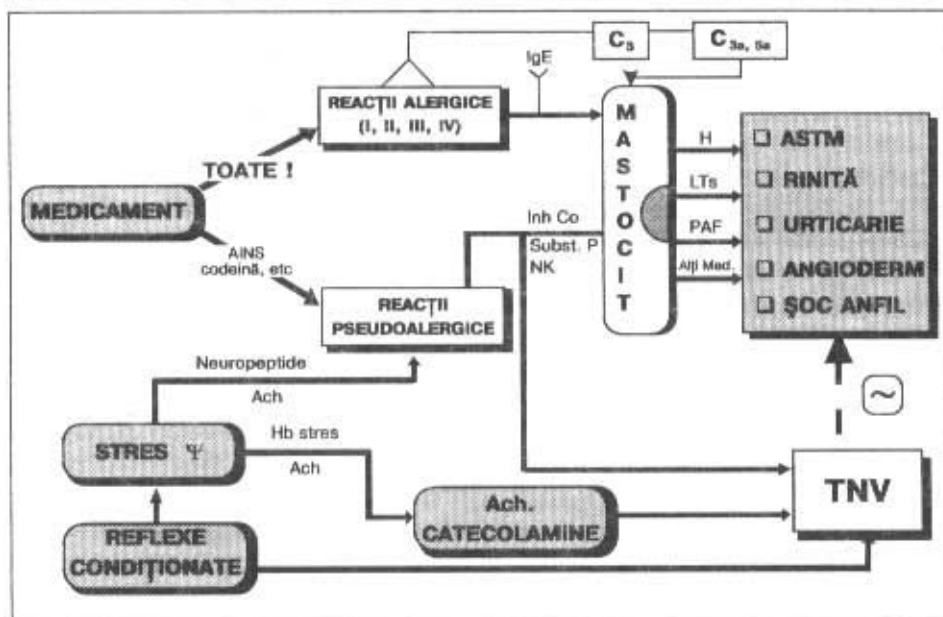
Problema centrală a bolnavului alergic la medicamente, ca și a medicului său curant, este aceea a repetabilității accidentului alergic, fapt ce generează amândorura o anxietate în legătură cu nevoia de a se administra același medicament sau noi medicamente pentru tratarea unor boli asociate care nu pot evita tratamentul medicamentos.

Există câteva nuanțe referitor la această problemă:

● **Situația bolnavilor cu "accidente" medicamentoase de tip alergic ce nu au de tratat în mod expres o boală asociată.** Aceștia dezvoltă o simplă anxietate pentru un viitor îndepărtat în care vor trebui să recurgă

totuși la medicamente. Cea mai frecventă situație o reprezintă problemele stomatologice, legate de administrarea anesteziei și/sau antibioticelor.

Figura 1. Reacții consecutive unui accident medicamentos



• Situația bolnavilor care au suferit episoade alergice sau pseudoalergice severe (în special șoc anafilactic și edem glotic) și care necesită tratament medicamentos pentru o boală cronică. Acești bolnavi vor reprezenta două tipuri de tablouri clinico-psiho-logice:

• ca stare "de fond", în așteptarea apariției unei indicații de tratament medicamentos, la acești bolnavi se întâlnesc (v.lamandescu 1993 și Iamandescu și colab. 1996):

- ♦ un grad crescut al *anxietății bazale*, nespecifice;
- ♦ veritabile *fobii* față de boală în general (nosofobie) și în special față de medicament;
- ♦ *preocupări crescute* (uneori de intensitate nevrotică) față de probabilitatea apariției unei faze a bolilor cronice care să necesite medicație;

• ca manifestări psihice și psihosomatice acute în cursul tentativei de introducere a unui nou medicament: *cefalee, amețeli și cenesopatii diverse, tahicardie și dispnee*.

Aceste simptome apar chiar și la preparatele placebo sau la medicamente "inocente" (selecționate cu grijă de medic și care nu declanșează simptome obiective).

De regulă **simptomele neuro-vegetative (veritabile tulburări psihosomatice)**, mimează tabloul clinic al manifestărilor subiective generate de **accidentele medicamentoase anterioare** dar ele pot constitui și expresia clinică a unei anxietăți extreme, mergând până la tabloul atacului de panică, așa cum am observat în cazul a două paciente cu alergii la Penicilină și respectiv la Norfloxacin.

□ **Tipul de personalitate al bolnavilor cu RtAM și simptomele nevrotice asociate**

Între bolnavii cu RtAM considerăm că se pot deosebi din punct de vedere al trăsăturilor de personalitate, două subpopulații conforme cu cele două grupe clinico-patogenice desemnate de noi mai sus:

● **Bolnavii cu alergii pură sau pseudoalergie la medicamente (sublotul A)**

Aceștia evidențiază la chestionarul MMPI (Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota) trăsături accentuate la majoritatea scalelor clinice, atingând o amplitudine la fel ca și ceilalți bolnavi psihosomatici: alergici (astm și urticarie) sau nealergici (ulcer, hipertensiune arterială), (Iamandescu și Popa-Velea, 1996).

Din cei 79 bolnavi studiați de noi (Iamandescu, Popa-Velea și Mazuru - 1996, Iamandescu, Mazuru și Horopciuc - 1997), 55,7% prezentau valori T peste 70 centile la scalele Hs (Hypochondria), D (Depresia) și Hy (Hysteria), ce alcătuiesc împreună așa numita "*triada nevrotică*". De asemenea totalizând evenimentele de pe Scala Holmes și Rahe, 82,3% dintre acești bolnavi au prezentat un scor total de peste 300 puncte, referitor la însumarea evenimentelor psihotraumatizante din ultimele 6 luni care au precedat primele RtAM.

Toți acești bolnavi acuzau *simptome nevrotice (chestionar Predescu și Nica-Udangiu)*, mai puțin numeroase (sub 5 simptome) decât celălalt sublot cu tulburări psihosomatice *allergic-like (95%)*, existând chiar 6 pacienți fără nici un simptom nevrotic.

Se poate opinia că **sublotul bolnavilor cu reacții alergice și pseudo-alergice la medicamente conține o populație mixtă din punct de vedere al acuzelor clinice și încadrării lor nosologice:**

- bolnavi psihosomatici puri, fără sau cu puține simptome nevrotice;
- bolnavi cu RtAM având tulburări nevrotice asociate (peste 5 simptome),

în special secundare RtAM. Există o corelație crescută la acești bolnavi între valorile crescute (>70 centile) la scalele triadei nevrotice și numărul crescut de simptome nevrotice.

Spre deosebire de bolnavii astmatici studiați de noi în 1980, 1984 și 1985, tot cu ajutorul MMPI, bolnavii cu RtAM au întrunit o medie a valorilor fiecărei scale clinice realizând un profil general cu o amplitudine medie similară celei obținute de bolnavii nevrotici, fiind diferiți statistic de alți bolnavi psihosomatici (astmatici și ulcerosi) al căror "nevrozism" se situează la un nivel intermediar între bolnavii nevrotici și subiecții sănătoși.

● **Bolnavi cu tulburări psihosomatice "mimând alergii"**, apărute la repetarea administrării unor medicamente (altele decât cele inițiale, cauzatoare de RtAM), (sublotul B).

Acest sublot (40 bolnavi) întrunește **caracteristici patente pentru coexistența unei adevărate nevroze**, atât prin *numărul mare de simptome nevrotice (>5) prezentate de fiecare bolnav (95% din cazuri)* cât și prin *valorile crescute ale cotelor T la scalele triadei nevrotice ale MMPI (90% din cazuri)*.

Toți bolnavii au prezentat stresuri psihice totalizând peste 300 puncte pe Scala Holmes și Rahe în ultimele 6 luni care au precedat primul episod de RtAM, sugerând importanța stresului în apariția intoleranței de tip alergic la unele medicamente.

Diferențierea sublotului cu tulburări psihosomatice care nu mimează alergia sau pseudoalergia de cel format din bolnavi cu alergie și pseudoalergie reală, medicamentoasă, s-a putut face pe baza reacției bolnavilor respectivi la testele de provocare cu medicamente bine tolerate ulterior din punct de vedere clinic. Tulburările psihosomatice acuzate de acești bolnavi au apărut în special în primul moment al testării, cel al administrării prealabile a unui preparat placebo despre care bolnavul credea că este vorba de un preparat clinic activ la care testele de laborator indicaseră probabilitatea unei toleranțe complete.

Parametrii psihologici	Subpopulații de pacienți cu reacții de tip alergic la medicamente	
	Simptome mimând alergia	Simptome alergice sau pseudoalergice
1. Evenimente biografice stresante	↑↑↑↑	↑↑↑
2. Vulnerabilitate crescută la stres (MMPI)	↑↑↑↑	↑↑
3. Simptome nevrotice		
- absente	0	↑↑↑
- puține (<3)	↑	↑↑
- frecvente (>3)	↑↑↑↑	↑

3. Relația dintre trăsăturile de personalitate, antecedente stresante și simptomele nevrotice

Concluzionând asupra acestei relații pe baza lucrărilor noastre mai sus menționate, se pot emite următoarele concluzii:

❑ **Factorul permeabilizant pentru instalarea RtAM ca și a unor tulburări nevrotice secundare RtAM a fost vulnerabilitatea generală față de stres a majorității bolnavilor**, probată de rezultatele testării psihologice (MMPI) unde s-au obținut valori caracteristice bolnavilor cu nevroze (triada nevrotică: Hs + D + Hy) la 55,7% cazuri din primul sublot (cu tulburări nevrotice mai reduse) și la 90% dintre bolnavii celui de-al doilea sublot (cu tulburări nevrotice cronice și reacții zgomotoase psihosomatice la testarea Placebo).

❑ La marea majoritate a bolnavilor cu RtAM - 82,3% din cei 79 bolnavi cu reacții exclusiv alergice sau pseudoalergice la medicamente și 100% din cei

40 bolnavi cu RtAM inițiale urmate de tulburări psihosomatice la administrarea de Placebo - s-a constatat, înaintea declanșării primelor RtAM, **prezența unor stresuri majore în biografia lor, amplificate ulterior de experiența psihotraumatizantă a accidentelor medicamentoase**, inclusiv teama față de eventualitatea repetării lor.

□ **Simptomele nevrotice** evidențiate de noi la bolnavii cu RtAM (apreciate în prezent ca "tulburări nevrotice ale personalității") au fost prezente la acești bolnavi, fie sub **forma izolată: 1-2 tulburări** (ex.: anxietate și depresie) cu evoluție pasageră, fie **grupate în adevărate "sindroame nevrotice"** și având un caracter evolutiv cronic.

Se poate afirma, **pe baza rezultatelor obținute sus menționate, că bolnavii cu RtAM sunt în marea lor majoritate veritabili nevrotici** și anume:

- *bolnavi prezentând exclusiv tulburări psihice și psihosomatice ample, ce apar la fiecare nouă administrare de medicament (sau Placebo), ca urmare a unor reacții alergice sau pseudoalergice medicamentoase anterioare reale, inițiale (sublotul B).* Acești bolnavi constituie în totalitate o populație nevrotică (95% dintre ei au evidențiat peste 5 simptome nevrotice la chestionarul Predescu - Nica-Udangiu). Vulnerabilitatea lor la stres este extremă iar perioada de dinaintea apariției primelor RtAM reale a fost marcată, la toți acești bolnavi, de stresuri psihice majore sau numeroase;

- *bolnavi cu RtAM bine exprimate sub raport diagnostic și având un tablou de tulburări psihosomatice redus, ei nereacționând prin astfel de simptome, nici la preparate Placebo și nici la alte medicamente care le-au fost administrate ulterior (sublotul A).*

Chiar și la acești bolnavi s-au înregistrat numeroase stresuri psihice majore în perioada anterioară debutului RtAM și, de asemenea, li s-a evidențiat o vulnerabilitate față de stres crescută - dar nu de o amplitudine similară celei a bolnavilor nevrotici sau a celor din sublotul B. Referitor la prezența simptomelor nevrotice, **acești bolnavi "autentici" alergici sau pseudoalergici la medicamente, se împart în două subpopulații:**

a) **nevrotici** - dar cu un număr de simptome mult mai redus decât cei din sublotul B și fără tabloul de tulburări psihosomatice zgomotoase al acestora în situația administrării unor noi medicamente sau la preparatele Placebo.

b) **bolnavi fără nevroze sau cu acuze nevrotice reduse;**

Ceea ce ni se pare interesant este că diferența, din punct de vedere a simptomatologiei nevrotice (dar pe un număr redus de cazuri), între bolnavii alergici la medicamente (de ex.: Penicilina) și cei cu pseudoalergii medicamentoase (de regulă, la aspirină și alte AINS) pe care i-am studiat, a constatat în aceea că **simptomele nevrotice au fost reduse sau absente numai la cei cu alergii "pură" medicamentoasă**. Nu putem să generalizăm aceste observații deoarece am întâlnit, în alte ocazii, bolnavi -mari nevrotici - cu antecedente de reacții alergice la Penicilină și alte medicamente diferite de AINS.

În concluzie se poate afirma că (vezi Tabelul 1):

□ *Bolnavii cu RtAM prezintă extrem de frecvent tulburări psihice, având și o posibilă relație cu o "cantitate" mai mare de stres percepută;*

□ O mare parte dintre ei este reprezentată de bolnavi nevrotici, iar dintre aceștia, un număr important reacționează disproporționat - prin *tulburări psihosomatice ample ce mimează simptomatologia psihică a unor reacții anafilactice sau anafilactoide anterioare* - atunci când li se administrează un nou medicament sau chiar preparate Placebo;

□ Simptomatologia nevrotică, extrem de frecvent întâlnită la bolnavii cu RtAM (inclusiv față de astmatici) pare să fie *indusă secundar de către trăirea anxioasă a accidentului medicamentos*, această veritabilă reacție somato-psihică față de RtAM se poate condiționa la unii bolnavi (vezi sublotul B) dar ea realizează această "nevrotizare" secundară a pacientului numai în cazul preexistenței unor trăsături (mergând până la tulburări) de personalitate ale bolnavilor respectivi ce le conferă acestora o importantă vulnerabilitate față de stres.

4. Abordarea psihosomatică a bolnavilor cu RtAM

Trebuie să se facă pe parcursul mai multor etape:

□ Pentru bolnavul cu RtAM obiectivabile, fără dubii diagnostice

1. **Analiza riguroasă a relației de cauzalitate** (inclusiv pe baza unor testări alergologice, dintre medicamentele incriminate și tabloul clinic relatat de bolnav sau înregistrat de către medic.

2. **Evaluarea stării de sănătate a bolnavului cu RtAM și includerea pe lista medicamentelor necesare a celor ce nu se înrudesesc cu medicamentele cauzale** ale RtA. Bolnavul trebuie convins de șansa lui de a tolera aceste medicamente, ca și de faptul că, în condițiile unei supravegheri stricte (cu "perfuzie de așteptare", etc.) - riscul este minim sau chiar absent. În plus, nu trebuie lăsat bolnavul să-și administreze medicamente în lipsa unei supravegheri medicale, această asigurare - o dată luată - având și un rol pozitiv în plan emoțional. Se va insista și asupra unor **posibilități terapeutice din domeniul medicinei alternative**, dar și a altor forme de terapie nemedicamentoasă (agenți fizici, balneo- și kinetoterapie, de ex.)

3. **Includerea obligatorie a unui test la Placebo**, înaintea testului de provocare cu medicamentul propriu (absența simptomelor după Placebo, rupe cercul vicios anterior între administrarea noului medicament și simptomele alergice cu apariție promptă la medicamentele "vechi");

4. **Încheierea fiecărui "episod" reușit de administrare a unui medicament (tolerat de bolnav) cu dezvoltarea, la acesta, a unei viziuni optimiste** asupra perspectivei sale terapeutice incluzând bolile actuale cât și ocaziile frecvent întâlnite (viroze, probleme stomatologice, traumatisme, etc.) care vor necesita fortuit terapie medicamentoasă.

□ Bolnavul nevrotic ce mimează alergia medicamentoasă

Există *bolnavi nevrotici, fără experiență trăită a unui "accident alergic medicamentos"*, care -impresionați de ceea ce au văzut ori auzit despre RtAM la alte persoane (mai ales rude) - pot avea simptome ce mimează, în planul acuzelor subiective, alergia.

Mai frecvent sunt întâlniți pacienții descriși deja, care au trăit "pe pielea lor" reacțiile alergice și devin timorați, mimând apoi reacțiile respective cu ocazia administrării altor medicamente.

Marile nevrotici trebuie obligatoriu îndrumați spre consultul psihiatric dar obligația medicului alergolog este de a le soluționa problema relației dintre simptomele lor, în special subiective, și medicamentele presupuse a fi alergene cauzale ale simptomelor respective. Pentru bolnavii nevrotici din prima categorie (nevroticii puri, fără antecedente de RtAM) este suficient adesea un test de provocare la o fiolă de ser fiziologic, prezentată drept "medicament".

Pentru bolnavii nevrotici cu antecedente de RtAM dar cu reacții ulterioare neuro-vegetative psihosomatice - mimând tabloul simptomelor (subiectiv în special) ale accidentului medicamentos real, trăit în trecut - conduita medicului alergolog trebuie să fie aceeași ca și în cazul bolnavilor cu reacții alergice și pseudoalergice veritabile la medicamente (survenind în continuarea episodului inițial), deci cele 4 etape descrise mai sus, dar acești bolnavi pot fi trimiși la psihiatru numai după ce au fost instruiți asupra modului în care vor trebui să coopereze cu medicul în cazul administrării medicamentului și, mai ales, dacă asigurările date de către medicul alergolog curent nu au reușit să-i detensioneze din punct de vedere psihic.

Bibliografie

1. Bousquet J, Godard Ph, Michel FB (eds): *Allergologie*, Ellipses, Paris 1993.
2. Iamandescu IB - *Considerations on some psychological and psychiatric aspects of allergy, based on personal studies*, Rev.Roum.Psychol. Sciences Sociales - Psychol. 1987, 31, 1, 81-84.
3. Iamandescu IB - *Principles of psychosomatic approach to allergic patients*. Rev.Roum-Psychol. 1993, 37, 1, 79-89.
4. Iamandescu IB - *Manual de Psihologie Medicală*. Infomedica, București, 1995.
5. Iamandescu IB, Popa-Velea O. *Neurotic symptomatology in allergic and in non allergic asthma patients*. Allergy 1995, 50, 26, 310.
6. Iamandescu IB, Popa-Velea O, Mazuru Georgiana - *Psychological parameters in patients with allergic and pseudoallergic reactions to drugs*. Allergy, 1997, 52, suppl, 37, 127.
7. Predescu V, Nica-Udangiu St. *The etiologic factors in neurasthenia*. Rev.Roum.Psychiat. Neurol. Psychol. 1977, 15, 1, 25-33.
8. Seropian E. *Alergia respiratorie și digestivă*. Ed.Medicală, București, 1972.
9. Seropian E., Iamandescu IB. - *False reacții alergice la medicamente induse de experiența psihotraumatizantă a unor șocuri anafilactice la peniciline*. Viața Medicală, 1980, 37, 401-403.
10. Van Arsdel PP Jr. *Adverse drug reactions. 1389-1414* In: E.J.Middleton, C.E.Reed, E.F.Ellis (eds). *Allergy. Principles and Practice*. Mosby St.Louis, Toronto, 1983.
11. Vervofet D. *Drug allergy pp. 185-192*. In: UCB-Allergy Manual. UCB Pharm.Sect.Braine - L'Alleud, 1992.

Capitolul 4

PSIHOSOMATICĂ ENDOCRINOLOGICĂ

Fraga Paveliu, Sorin Paveliu

I. Sindroame psihoneuroendocrine (dereglări endocrine aparent exclusiv psihogene)

Sindroamele psihoneuroendocrine reprezintă o expresie a răspunsului organismului uman la acțiunea stresului cronic (amenoreea și impotența psihogenă, nanismul psihosocial, sindromul „bolii eutiroidiene”, hipocorticismul central) sau reprezintă tulburări psihice ale comportamentului alimentar: anorexia și bulimia nervoasă, obezitatea.

***Tabelul 1. Patologia psihoneuroendocrină
(după Coculescu M.)***

1. Patologia endocrină de stres

Amenoreea de stres
Deficitul sexual de stres al bărbatului
Pseudociesis (Sarcina fantomă)
Sindromul "bolii eutiroidiene" (Euthyroid sick syndrome)
Nanismul psihosocial
Hipocorticismul central

2. Patologia comportamentului alimentar

Anorexia nervoasă
Bulimia nervoasă
Neuroendocrinologia obezității

Bolile cunoscute ca având etiologie psihică aparent exclusivă și mecanism patogenic neuroendocrin demonstrat sunt relativ puține, însă numărul lor

crește rapid, odată cu progresul endocrinologiei, proces ce are drept consecință utilizarea neurohormonilor în tratamentul acestor boli.

Stresul cronic acționează asupra sistemului endocrin prin două mecanisme fiziopatologice: amplificarea și dis protecția (după Coculescu M.) (Tabelul 2).

Tabelul 2. Mecanisme fiziopatologice prin care stresul cronic acționează asupra sistemului endocrin

Amplificare	Dis protecție (exagerarea „stingerii” reacției endocrine la stres acut)
- amenoree și infertilitate	- hipocorticism central
- disfuncții sexuale la bărbat	- nanism psihosocial
- imunosupresie	
- hipercorticism reactiv	

1. Amenoreea de stres

Amenoreea hipogonadotropică sau amenoreea secundară apare prin alterarea bioritmului circadian al secreției de GnRH și secundar al LH, fără leziuni organice.

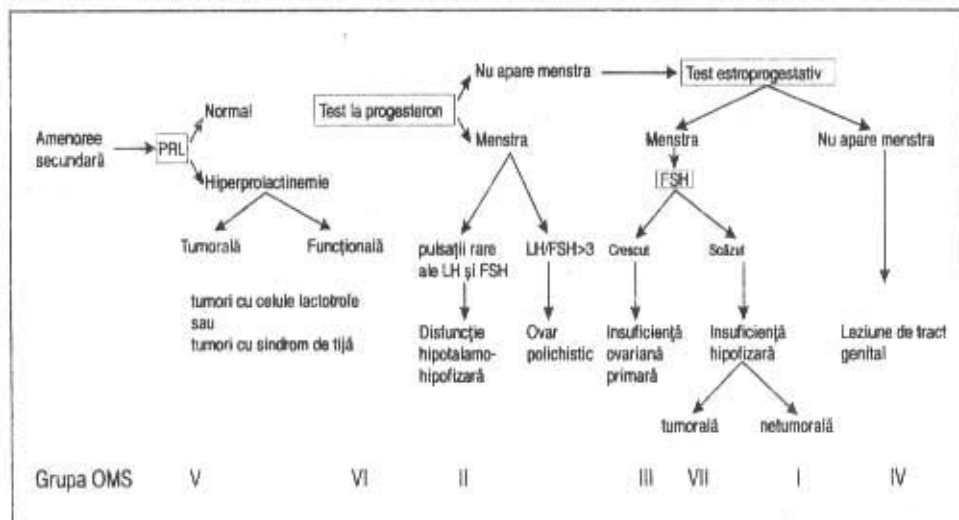
Amenoreea hipogonadotropică este datorată unor cauze diverse. Cea mai frecventă formă dobândită de amenoree hipogonadotropică este de natură psihogenă, survenind în asociere fie cu stresul emoțional acut, fie cu cel cronic (Williams W. Beck Jr.).

Amenoreea de stres se produce brusc – uneori fiind precedată de dereglări ale ciclului menstrual – în urma unei emoții puternice, a unei traume afective, a unor stări de tensiune psihică, etc. (Dumitrache C. și colab.).

Amenoreea din anorexia nervoasă este expresia unui dezechilibru secretor de prolactină cu o hipersecreție exagerată în condiții de stimulare și care contribuie la reducerea secreției de LH. Amenoreea din anorexia nervoasă este consecința unor factori endocrino-metabolici. Poate fi și consecința unor disfuncții hipotalamice.

Clinic, manifestările sunt următoarele: amenoree (minim 4 luni), anovulație, reducerea caracterelor sexuale secundare, frigiditate, semnele cauzei (stres/efort fizic intens/anorexie nervoasă/pseudociesis - sarcina fantomă). Din punct de vedere al testelor de **laborator** este o amenoree prin disfuncție hipotalamo-hipofizară (tip II OMS): estradiolul plasmatic este suficient pentru ca administrarea de progesteron să declanșeze menstra, există pulsații mai rare ale LH și FSH. Tratamentul conține: Clomifen 50 mg x 5 zile/lună per os sau LHRH i.v., s.c. pulsatil la 90 de minute.

Figura 1. Algoritm diagnostic pentru femei cu amenoree secundară sau infertilitate (după M. Coculescu)



2. Deficitul sexual de stres al bărbatului

Stresul poate provoca o **insuficiență orhitică de tip hipotalamic hipogonadotrop**, similară cu amenoreea de stres a femeii, cu deficit în producția de testosteron, sau poate declanșa **tulburări de dinamică sexuală**, fără substrat hormonal aparent. Numai tulburările sexuale funcționale cu deficit endocrin beneficiază de terapie hormonală.

În etiopatogenie intervin **amplificarea reacției endocrine fiziologice de stres și factorii psihologici din copilărie și adolescență**; orice condiție psihologică sau psihiatrică asociată cu teama (anxietatea) sau depresia, poate conduce la **impotență sau ejaculare precoce**. Factorul decisiv este reprezentat de nivelul stresului (Coculescu M.).

Criteriile de diagnostic sunt reprezentate de nivelul scăzut de testosteron în asocierie cu un nivel normal sau redus de hormoni gonadotropi; trebuie făcut diagnostic de excludere a unei eventuale cauze organice, a insuficienței hipotalamo-hipofizare.

Dintre **metodele de tratament** se pot menționa preparatele hormonale - hormonii androgeni, gonadoliberinele - eficiente când nivelul testosteronului plasmatic este diminuat. Hormonii androgeni sunt eficienți în corecția comportamentului; gonadoliberinele (GnRH) restabilesc secreția pulsatilă a LH și FSH, corectând atât deficitul hormonal cât și spermatogeneza. Psihoterapia, în aceste cazuri, este obligatorie. De asemenea, trebuie evitat efortul fizic major.

3. Pseudociesis (sarcina fantomă)

Pseudociesis este un sindrom nepsihotic în cadrul căruia, la o femeie convinsă că este gravidă (deși nu este), apare amenoree însoțită de unele semne clinice de sarcină. Este o formă de amenoree neurogenă ce apare mai frecvent postpubertar sau în premenopauză.

4. Sindromul „bolii eutiroidiene”

Prin sindromul bolii eutiroidiene se înțelege **scăderea nivelului de T_3 și/sau T_4 fără o creștere a TSH seric, ca urmare a stresului cronic** determinat de bolile acute sau cronice ale organismului.

Bolile non-tiroidiene pot afecta funcția tiroidiană la orice nivel, inclusiv secreția hormonală, transportul și metabolismul hormonilor tiroidieni.

Cele mai importante alterări comune majorității proceselor patologice, sunt cele care implică transportul hormonilor tiroidieni și căile metabolice.

În stresul cronic provocat de afecțiunile sistemice acute sau cronice sau de traumatisme accidentale sau chirurgicale apare de obicei o diminuare accentuată a concentrației serice de T_3 care, ocazional, poate să scadă până la nivele nedetectabile prin evaluările clinice de rutină. Datorită acestor rezultate și aparentei lipse de simptome și semne compatibile cu diagnosticul de hipotiroidism, a fost introdus termenul de sindrom al „bolii eutiroidiene” (sindrom cu nivel scăzut de T_3). Aceste expresii nu sunt cele mai potrivite.

În afara scăderii concentrației serice a T_3 , trebuie avută în vedere și posibilitatea ca nivelele hormonale tisulare să nu fie profund diminuate, sau ca valorile concentrației tisulare de T_3 să fie adecvate pentru modificări concomitente ale densității receptorilor săi tisulari. Sindromul „bolii eutiroidiene” prezintă trei forme:

- **forma comună cu eutiroidie;**
- **forma cu T_4 crescut** reprezentată prin semne și simptome de hipertiroidie;
- **forma severă cu semne și simptome de insuficiență tiroidiană.**

Însă mulți pacienți au manifestări sugestive de hiper- sau hipometabolism. Este discutabil dacă aceste modificări metabolice sunt dependente de acțiunea hormonilor tiroidieni.

Sindromul „bolii eutiroidiene” trebuie diferențiat de hipotiroidismul primar, secundar și terțiar; în acest sindrom, rT_3 este crescut, iar în hipotiroidism rT_3 este scăzut.

Tabelul 3. Diferențierea între sindromul „bolii eutiroidiene” și hipotiroidism (după Milcu Șt.)

	T_3	rT_3	T_4	TSH
Sindromul „bolii eutiroidiene”	↓	↑	cel mai frecvent este normal	cel mai frecvent este normal
Hipotiroidism	normal sau ↓	↓	↓	↑ (în hipotirodismul primar)

Concentrația serică a T_3 este de obicei redusă în mod disproporțional comparativ cu reducerile corespunzătoare ale nivelelor proteinelor de transport sau ale T_4 .

În astfel de situații, nivelul absolut de triiodotironină liberă (T_3) este, de asemenea diminuat. Mecanismul responsabil pentru această reducere selectivă a T_3 seric implică degradarea hormonală prin monodeiodare tisulară, cu o scădere a conversiei T_4 la T_3 .

Creșterea concentrației serice de revers- T_3 , care însoțește de obicei nivelele reduse de T_3 se datorează probabil alterării clearance-ului. Acest aspect este în concordanță cu activitatea diminuată a 5'-deiodazei, enzimă responsabilă nu numai de producerea de T_3 dar și de degradarea rT_3 .

Nivelul enzimelor hepatice induse de hormonii tiroidieni diminuează. Activitatea 5'-deiodazei se reduce, diminuând astfel conversia T_4 în T_3 . Glutathionul este cofactor în reacția de deiodare. Ca urmare a aportului scăzut de glucide, disponibilitatea glutathionului se reduce. Aportul de numai 50 g glucide la subiecții în stare de inaniție, ameliorează mecanismul de transformare a T_4 în T_3 la nivel periferic.

Tabelul 4. Diagnosticul de laborator al sindromului „bolii eutiroidiene” (după I. G. Totolanu, G. Vasilescu, 1993)

Sindromul „bolii eutiroidiene” (Euthyroid sick syndrome)			
Hormonii	Forma comună cu eutiroidie (Low T_3 syndrome)	Forma gravă cu hipotiroidie (Low T_4 syndrome)	Forma tireotoxică
LT_3	scăzut	normal	scăzut
TT_3	scăzut	normal	normal
TT_4	normal	scăzut	crescut
LT_4	ușor crescut	scăzut	crescut
rT_3	crescut	crescut sau normal	normal sau crescut
TSH	normal	normal sau diminuat	normal sau scăzut

LT₃ = triiodotironina serică liberă; TT₃ = triiodotironina totală (liberă și legată de proteine vectoare); TT₄ = tiroxina totală (liberă și legată de proteine vectoare); LT₄ = tiroxina serică liberă; rT₃ = revers triiodotironina.

5. Nanismul psihosocial

Nanismul psihosocial este un sindrom psihoendocrin reprezentând expresia mecanismului de dis protecție prin care stresul cronic acționează asupra sistemului endocrin.

Contextul clinic și social de apariție a nanismului poate fi foarte diferit. Sunt cunoscute deficitul statural și întârzierea vârstei osoase, uneori și a maturizării pubertare, survenite la copii instituționalizați având inteligență normală, pe de o parte, precum și la copii provenind din familii cu probleme, generatoare de carență psihoafectivă continuă și intensă, pe de altă parte (Popa M.). În etiologia acestei boli, alături de deprivarea psiho-afectivă și mediul familial dezorganizat, intervin și tulburările de somn, precum și carențele nutriționale. Copiii respectivi pot prezenta un comportament bizar, retras.

Majoritatea pacienților prezintă **valori normale ale rezervei hipofizare de STH** după testare prin diferiți stimuli.

Există o mare asemănare între nanismul prin deprivare psihosocială și nanismul hipofizar; chiar și unele teste de funcționalitate somatotropă pot fi parțial modificate. Astfel, testul la insulină dă rezultate sub limitele normale, dar se normalizează după remedierea situației psihosociale nefavorabile. Somatomedinele sunt în limite normale.

Caracteristica esențială a acestei tulburări de creștere este **reversibilitatea sa după remedierea factorului psihoafectiv**, uneori fiind prezent chiar fenomenul creșterii compensatorii.

6. Hipocorticismul central

Dintre factorii etiopatogenici ai hipocorticismului se menționează acțiunea unui **factor stresant ce survine pe fondul unei insuficiențe corticosuprarenale cronice**, agentul stresant putând fi reprezentat de orice boală acută, stare febrilă, efort fizic, stres emoțional etc.

Patogenia hipocorticismului central este caracteristică disprotecției: se supresează producția de cortizol pentru a evita răspunsul prelungit la acțiunea factorului stresant aplicat cronic. Supresia excesivă scade producția bazală de hormoni corticosteroizi (Coculescu, 1996).

Manifestarea clinică este aceea de surmenaj: astenie, inapetență, hipotensiune arterială ortostatică.

Tratamentul constă în îndepărtarea agentului stresant, vitamina B₆, lecitină, ACTH (uneori).

7. Anorexia nervoasă

Refuzul alimentar și vărsăturile provocate determină în timp condiționări care, în urma denutriției și a anemiei severe, produc dereglări hipotalamice și insuficiență hipofizară pluritropă.

În contextul celorlalte tulburări hipofizare (corticotropă și tireotropă) **apar și tulburări gonadale**, manifestate prin dereglări ale ciclului menstrual, finalizate cu amenoree (Dumitrache C. și colab.).

În mecanismul de realizare a amenoreei din anorexia nervoasă intervin factori metabolici și neuroendocrini, ca expresie a unei disfuncții hipotalamice.

Sindromul apare la adolescente sub vârsta de 22 de ani și se caracterizează prin **triada clasică: amenoree, scădere în greutate și modificări ale**

comportamentului alimentar, mai ales anorexie, fără să se excludă și perioade de bulimie.

Pe lângă semnele și simptomele de malnutriție protein-calorică sunt prezente și tulburări psihice comportamentale.

Boala apare mai ales la fete în perioada postpuberală și se caracterizează printr-o slăbire accentuată autoimpusă, ce are o frecvență de 4:100.000 (Kalney R. C. și colab.) la populația generală, dar de 1:100 de fete adolescente (Kendell R. E și colab.).

Anorexia nervoasă a câștigat importanță în ultima perioadă, odată cu perfecționarea metodelor biochimice și fizice de apreciere a masei osoase.

Astfel, studii recente (Golden N. H. și colab. - 1992) au demonstrat că amenoreea prelungită predispune la osteopenie, apoi osteoporoză care poate fi ireversibilă, afectând grav și starea de sănătate a pacienților la vârstă adultă. Ea se datorează deficitului cronic de estrogeni, cauză de amenoree.

S-au mai descris și alte modificări ale sistemului neuroendocrin, reflectând, în bună parte, o adaptare a sistemului endocrin la stres.

Modificările funcției tiroidiene observate la paciențele cu anorexie nervoasă sunt asemănătoare celor constatate în cursul deprinderii calorice. Semnele și simptomele care apar pot sugera existența unui hipotiroidism. Persoanele cu anorexie prezintă tegumente uscate și reci, o temperatură scăzută a organismului, constipație, amenoree. Nivelul scăzut al concentrației T_3 , concentrația mare a revers T_3 și diminuarea răspunsului TSH la TRH, au tendința de a ameliora, dacă nu chiar de a normaliza, creșterea ponderală (De Groot L., 1996).

În amenoreea din anorexia nervoasă se constată nivele scăzute de FSH, LH precum și de estrogeni. Nivelurile de prolactină sunt în limite normale.

8. Bulimia nervoasă

Profilul neuroendocrin din bulimia nervoasă prezintă o oarecare suprapunere, atât cu anorexia nervoasă, cât și cu depresia. Asemănările dintre anorexia nervoasă, depresie și bulimie includ **lipsa supresiei la testul de supresie cu dexametazonă și un răspuns anormal al hormonului de creștere la TRH**. Pacienții ce suferă de bulimie, ca și cei cu anorexie, tind să aibă un răspuns întârziat al TSH la TRH, niveluri bazale de prolactină reduse, și pot avea un **răspuns exagerat al prolactinei la TRH**. Există date care sugerează faptul că bulimiei pot prezenta un profil gonadotropinic diferit de subiecții cu anorexie nervoasă sau cu depresie, ca și cu alte endocrinopatii. Deși multe dintre aceste anomalii pot reflecta existența malnutriției în ciuda greutatei corporale în limite normale, alți factori, încă neidentificați sunt considerați a contribui la dereglările endocrine observate în cadrul bulimiei.

S-au mai descris și alte modificări ale sistemului neuroendocrin la stres.

Astfel se activează axul hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian, cu creșterea nivelurilor de cortizol și inhibarea axului gonadic sau tiroidian.

II. Boli endocrine plurietiologice cu componentă psihogenă importantă

A. Aspecte psihosomatice ale principalelor endocrinopatii

În etiopatogenia plurifactorială a majorității afecțiunilor endocrine sunt invocați factorii ereditari, nutriționali, fizico-chimici sau biologici etc., dar și factorii psihici. Analiza acestora din urmă este limitată, în cadrul paragrafului de față, la bolile tiroidei.

B. Rolul stresului în patologia tiroidiană

Bolile psihosomatice - definite, chiar și în prezent, extrem de eterogen - includ la loc de frunte hipertiroidismul.

Indiferent de posibilul substrat imunologic al uneia dintre formele de hipertiroidism (boala Basedow), manifestările patologice întâlnite în acest sindrom au la baza apariției lor intervenția sistemului nervos, perturbat în cursul unei reacții acute (brutale) sau cronice (prelungite) de stres psihic. Așa cum s-au conturat mecanismele patogene ale stresului în ultimele decenii (v. Poenaru - 1986 și Iamandescu - 1993) există posibilitatea ca această reacție generală de suprasolicitare a organismului să afecteze una dintre verigile reglatorii, cea endocrină - de exemplu (studiată inițial de Selye), implicate în medierea transmiterii impulsurilor cortico-neurovegetative la organele țintă periferice.

1. Argumente epidemiologice și experimentale

Este deci explicabilă valabilitatea unor observații epidemiologice care pun în relație cronologică (dar cu mari posibilități cauzale) prezența unor evenimente stresante majore anterior debutului bolii Basedow, dar și a altor forme de hipertiroidism. Astfel de evenimente, precum decesele celor apropiați (accidentele) (experiențele Luban-Plozza și colab.), deportările, persecuțiile politice, bombardamentele, grijile materiale, profesionale sau conjugale au fost observate frecvent înainte de apariția hipertiroidismului.

Manifestările psihice din hipertiroidism sunt justificate prin influența - bine demonstrată - a sistemului nervos central asupra tiroidei (cu includerea produșilor de secreție ai acestei glande în rândul hormonilor de stres). Nu este însă exclusă nici acțiunea realizată de stres, cu implicații asupra sistemului imun și cu modificări imunologice consecutive ce pot fi implicate în patogeneză una dintre formele de hipertiroidism, de exemplu boala Basedow.

1.1 Intervenția stresului psihic la animale

Multe dintre modificările funcției tiroidiene pot fi datorate în parte stresului.

Poate că cel mai dramatic studiu al stresului emoțional a fost raportat de Krocht, care a descoperit că **stresul a provocat tireotxicoză la iepurii sălbatici**. Deși

același tip de stres poate determina secreția de hormoni tiroidieni la animalele sălbatice, acest efect este puțin probabil să apară la om. Creșterea activității corticosuprarenalei indusă de stres tinde nu numai să supreseze eliberarea de TSH, dar și să inhibe conversia lui T_4 în T_3 .

1.2 Intervenția stresurilor chirurgicale

La animale intervențiile chirurgicale experimentale au fost utilizate ca o metodă de a studia efectul stresului asupra fiziologiei glandei tiroide. Studiile la oameni au pornit de la suspiciunea că hormonii tiroidieni ar putea media modificările metabolice postoperatorii care conduc la consum crescut de oxigen și catabolism proteic. Unele discrepanțe în datele disponibile se datorează lipsei uniformității în loturile de pacienți studiați în privința stării clinice a bolnavului înainte de intervenția chirurgicală, în privința tipului de intervenție chirurgicală, a anestezicelor și a altor medicamente utilizate, precum și în privința evoluției postoperatorii incluzând alimentația și perioada de convalescență.

Cea mai importantă modificare a funcției tiroidiene constă în **scăderea concentrațiilor serice de T_3 total și T_3 liber la scurt timp după intervenția chirurgicală; concentrațiile de revers T_3 sunt crescute în perioada postoperatorie**. Toate acestea sugerează o deviere de la căile normale de deiodurare a T_4 . Nivelele de T_4 liber pot fi de asemenea scăzute în perioada postoperatorie, dar într-o mai mică măsură. Această reducere clară a concentrațiilor formelor active ale tromonilor tiroidieni este precedată de o creștere ușoară, de scurtă durată, a concentrațiilor T_4 liber și T_3 liber în cursul intervențiilor chirurgicale. Dimensiunea reducerii ulterioare a nivelului T_3 pare să se coreleze cu severitatea traumelor și morbiditatea din timpul evoluției postoperatorii. Concentrațiile serice ale TSH tind de asemenea să diminueze).

Deoarece trauma chirurgicală determină o creștere promptă a nivelului cortizolului plasmatic, iar aportul de hrană este oprit în perioada pre-, intra- și postoperatorie, nu a fost luată în considerare posibilitatea ca glucocorticoizii și lipsa aportului alimentar să fie principalii factori determinanți ai modificărilor observate în funcția tiroidiană.

Totuși, Brandt și colab. au descoperit diminuări la fel de mari ale concentrațiilor serice ale T_3 atunci când intervenția chirurgicală s-a efectuat sub anestezie epidurală, care are proprietatea de a abolii creșterea nivelurilor cortizolului plasmatic. În mod asemănător, perfuzarea de glucoză ar trebui să prevină modificările nivelurilor T_3 și revers T_3 seric dacă lipsa aportului alimentar a jucat un rol major în producerea modificărilor observate cu ocazia intervențiilor chirurgicale.

1.3 Stresul psihic acut la bolnavii psihici

Datele despre efectele stresului emoțional asupra funcției tiroidiene la om sunt în principal derivate din studiile efectuate la pacienții cu tulburări psihice.

Astfel, chiar și în cazul în care sunt luați în studiu doar pacienții cu decompensare psihică acută, rezultatele obținute depind de natura afecțiunii psihice, de istoricul lor și de administrarea de medicamente. O primă ipoteză a unei secreții hormonale intensificate a apărut după observarea unui nivel seric crescut al proteinei fixatoare de iod (PBI) la pacienții cu boli psihice aflați sub influența unui stres emoțional, precum și la studenții la medicină în timpul desfășurării examenelor semestriale. În studii mai recente, **creșterile nivelurilor de T_4 liber au fost înregistrate în mod constant în timpul internării pacienților cu afecțiuni psihice care prezintă manifestări acute.** Incidența a avut valori între 7 și 18%. Într-un studiu, un număr egal de pacienți (9%) au prezentat un nivel scăzut al T_4 liber. În majoritatea cazurilor, valorile s-au normalizat în timp și după tratarea afecțiunii psihice. Răspunsul TSH-ului la TRH este diminuat sau chiar absent la majoritatea pacienților psihiatrici cu T_4 liber crescut. Anomaliile semnificative ale concentrației T_3 seric sunt rare.

1.4 Stresul psihic cronic

Întrucât nu există dovezi că traumele psihice pot determina în mod constant apariția bolii Graves, medicii clinicieni urmăresc existența unui istoric de stres emoțional cu puțin timp înainte de apariția primelor simptome ale bolii Graves. De exemplu, incidența crescută a tireotoxicozei în Danemarca în timpul celui de-al II-lea Război Mondial a fost atribuită stresului psihic cronic.

Majoritatea studiilor privind incidența episoadelor stresante din viața pacienților cu boală Graves nu indică o frecvență mai mare a acestor evenimente comparativ cu grupul de control, deși unele date susțin această asocieră. Desigur, se poate susține în mod legitim ideea că în această boală terenul endocrin și cel imunologic constituie factori permisivi pentru efectele patogene ale stresului psihic.

Pacienții cu boală Graves nu par a avea personalitate anormală înainte sau după boală, dar este foarte posibil ca manifestările neuropsihice ale bolii să modifice secundar comportamentul acestor bolnavi. Un indice crescut al tiroxinei libere (FT_4) apare la aproximativ 20% din pacienții cu psihoză acută și în decursul câtorva săptămâni revine la normal. Această creștere nu are o legătură clară cu administrarea anterioară a medicamentelor psihotrope, deși aceasta ar putea constitui o explicație posibilă.

Mecanismul implicării stresului psihic este următorul: hormonii glucocorticoizi deprimă, probabil, producția de TRH, și deprimă în mod cert secreția de TSH și responsivitatea hipofizară la TRH. O acțiune directă asupra tiroidei este mai puțin clară. De asemenea, **glucocorticoizii scad deiodurarea T_4 în T_3 .** Dacă cortexul suprarenalei răspunde normal la stres printr-o producție crescută de glucocorticoizi, producția de hormoni tiroidieni și imunitatea ar trebui să fie scăzute, nu crescute. **Secreția glandei suprarenale este în mod categoric crescută în boala Graves, dar acest lucru s-ar putea**

să nu fie valabil la debutul bolii. La un individ cu susceptibilitate genetică, răspunsul suprarenalian la stres ar putea, cel puțin teoretic, să modifice funcția limfocitelor supresoare sau T helper, să mărească un răspuns imun anterior și să inițieze boala Graves clinică. Glucocorticoizii au, totuși, în principal o acțiune imunosupresoare, deși mecanismul este neclar. Ei par a deprimă atât limfocitele T helper, cât și pe cele supresoare, fără ca - în majoritatea studiilor - să le modifice în mod clar raportul.

1.5 Activarea sistemului nervos simpatic

Stimularea sistemului nervos simpatic ar putea fi implicată într-o activare indusă de stres a tiroidei. La animale, agoniștii alfa-adrenergici inhibă secreția de TSH. Acest efect este variabil și nu este prezent la oameni. La oameni nici agoniștii alfa, nici cei beta nu modifică răspunsul hipofizar la TRH. Agoniștii alfa-adrenergici produc de obicei stimularea directă a sintezei și eliberării hormonilor tiroidieni la animale *in vivo* și *in vitro*, iar stimularea nervului simpatic cervical crește secreția hormonală. Agoniștii beta-adrenergici determină de asemenea secretarea de hormoni tiroidieni la animale. Nici blocada alfa-adrenergică, nici blocada beta-adrenergică nu s-a demonstrat că modifică eliberarea de hormoni tiroidieni la oameni. Blocada beta-adrenergică inhibă conversia tisulară periferică a T_4 în T_3 , scade nivelul T_3 seric și poate crește ocazional nivelul T_4 , dar nu s-a demonstrat că ar afecta direct secreția de hormoni tiroidieni. Numeroase studii din literatură indică faptul că sistemul nervos autonom reprezintă o cale improbabilă de activare tiroidiană în boala Graves.

2. Trăsături de personalitate ale bolnavilor hipertiroidieni

Referitor la analiza unor trăsături psihologice în sfera personalității la bolnavii hipertiroidieni, este important de stabilit dacă anumite trăsături psihologice evidențiate la nivelul observațiilor clinice și al metodelor psihometrice realizează sau nu un profil de personalitate specific hipertiroidismului. În virtutea influenței, și ea demonstrată, a hormonilor tiroidieni, concretizată prin modificări ale echilibrului ionic, cu consecințe asupra cronaxiei și metabolismului celulei nervoase (Athanasu), datele din literatură converg asupra unor trăsături afectiv-comportamentale, precum **"neliniștea motorie și interioară, agitația și iritabilitatea permanentă"** (Luban-Plozza și colab.) sau lăbilitatea emoțională, interpretată de Danielopolu, specifice hipertiroidienilor. Aceste trăsături psihologice accesibile observațiilor clinice sunt adeseori sesizate cu mulți ani înainte de apariția bolii, motiv pentru care se poate formula ipoteza unei "fragilități de organ" (conform teoriei lui Adler), care la viitorul pacient hipertiroidian, ar putea reprezenta o **tendință spre creșterea rapidă a secreției hormonilor tiroidieni sub acțiunea diversilor stimuli electivi, în special a celor nervoși.**

Important apare faptul că, din punct de vedere fiziologic reacția la stres a acestor bolnavi (experimentul lui Flagg cu prezentarea unor filme stresante) conduce la un răspuns al secreției tiroidiene mai prompt și mai intens.

Din aceste motive, chiar și rezultatele testării psihologice a bolnavilor hipertiroidieni au fost interpretate ca aparținând structurii personalității (având atributul stabilității) acestor bolnavi.

Astfel, s-au citat: răspunsul masiv, de tip arhaic și agresiv la frustrare, corespunzând unei dorințe inconștiente de moarte (Ham, Alexander și Caramidul) sau tendința impulsivă la sarcini repetate (Lidz) (autor citat de Athanasiu).

În planul observației clinice, atrage atenția extrema sensibilitate a bolnavilor hipertiroidieni (85% femei), cu **o alternanță crescută între mânie și iritabilitate**. Indiferent de faptul că aceste trăsături deja propuse ar putea fi completate cu altele, în funcție și de natura testelor utilizate, este posibilă existența unui evantai de trăsături psihice ce pot fi observate la bolnavii hipertiroidieni.

Toate considerațiile teoretice de mai sus ne obligă la **rezerve asupra aprecierii trăsăturilor psihice ale bolnavilor hipertiroidieni ca fiind incluse în sfera personalității** (ele putând fi prezente doar temporar, paralel cu evoluția bolii) dar, tot **considerațiile respective, ne sugerează posibilitatea** unei obiectivări a unor modificări psiho-comportamentale ce par a avea o mai mare stabilitate. Stabilitatea aceasta poate avea la bază o **existență de lungă durată la acești bolnavi a unui tonus tiroidian crescut, care, în virtutea unei interrelații dintre glanda tiroidă și sistemul nervos** (azi concepute ca un "tot funcțional", anticipat de pionierii neurocriniei, de la G.H.T.Popa spre zilele noastre), **poate să contureze specific (în afectivitate, mai ales, și în comportament) un tip de personalitate**, care - spre deosebire de profilurile specifice unor boli psihosomatice, elaborate de Dunbar - este secundar modificărilor endocrin-psihice induse de boală.

3. Analiza unor trăsături de personalitate la bolnavii hipertiroidieni - studiu personal

Dintre trăsăturile considerate ca fiind în concordanță cu observațiile noastre clinice, am constatat ca fiind relevante: **anxietatea, impulsivitatea și tendința spre activitate**, motiv pentru care am fost înclinați să apelăm la un test de personalitate (Chestionarul „Vitrail”, al lui G. Morin) care include parametrii de bază ai personalității și primele două din trăsăturile de mai sus.

Testarea psihologică decelează următoarele caracteristici psihologice:

- Prezența și evaluarea anxietății (printr-o listă pe care pacienții trebuiau să bifeze răspunsurile potrivite, conținute de scala de anxietate Taylor din componența inventarului multifazic de personalitate de la Minnesota) (MMPI).
- Tipul de personalitate (prin chestionarul Vitrail).

Referitor la acest test, vom încerca o prezentare a sa în detaliu, deoarece este pentru prima dată când a fost utilizat în țara noastră (concomitent cu utilizarea sa de către o parte din autorii prezentei lucrări într-o altă cercetare) (Iamandescu I. B.).

Diferitele sectoare ale testului (în varianta Caillé) sunt apreciate cu valori numerice în jurul mediei de 4,5 - 5 și crescute peste 5 (scala fiind cuprinsă între 0 și 16). Au fost investigate:

A. Impulsivitatea

- optimismul;
- nevoia fizică de acțiune și acțiuni spectaculoase;
- pregătirea insuficientă a acțiunilor;
- inerția paradoxală la debutul acțiunilor pe termen lung;
- nerăbdare, toleranță redusă la frustrare.

B. Voința

- organizarea activă a profesiei și vieții profesionale;
- tendințe spre rol notabil în viața socială;
- spirit de decizie, bun gestionar;
- metode de convingere directe;
- bună părere de sine;
- "se poate conta pe el".

C. Inventivitatea

- cerebralitatea depășind sfera intelectuală;
- deschiderea spre lumea cunoștințelor;
- interes pentru micile probleme.

D. Sensibilitatea

- senzorialitatea deosebită;
- receptivitate crescută la stimuli externi;
- gândirea poate rătăci liber;
- gândirea funcționează prioritar prin imagini;
- timp și loc pentru visare;
- tendințe depresive (melancolice) periodice.

E. Memoria

- tendința de a se sprijini pe trecut și conservatorism crescut;
- utilizează frecvent "clasamente" (fapte, obiecte, etc.);
- nevoia de revedere și reordonare a cunoștințelor;
- iubește călătoriile;
- își urmărește atent propriile interese.

F. Expresivitatea

- în domeniul expresivității și sensibilității subiectul se arată sub aspectul său cel mai accesibil: în acest domeniu se manifestă și expresia sexualității sale;
- este mai atașat de literatură decât de știință;
- nevoia de a fi înțeles, aprobat, asigurat=persoană foarte atașabilă;
- elanuri foarte altruiste;
- gust pentru românesc;
- crize sentimentale vii și pasionale.

Utilizarea unui astfel de test psihologic, structurat pe dimensiunile fundamentale ale personalității (testul Vitrail), ca și a unei scale (AMT) pentru anxietate ne-a permis o analiză "pe secțiuni" capabilă să reliefeze trăsături psihologice distincte corelabile cu boala (hipertiroidismul).

Trăsăturile evidențiate de aplicarea testelor menționate au apărut cu mult hipertrofiate față de normal, în special **impulsivitatea, voința și anxietatea**. Rezultatele obținute de noi par să fie confirmate și de observația clinică. Ele conduc la o inevitabilă corelare dintre psihic și sistemul neuroendocrin (sau, mai bine zis, la confirmarea unității acestui sistem psiho-neuroendocrin) cu exprimare în sfera psiho-comportamentală a bolnavilor.

Aplicarea clinică a rezultatelor furnizate de testarea practică de noi poate constitui o bază pentru o psihoterapie diferențiată a bolnavilor hipertiroizi, cu sau fără (în cazurile mai ușoare) participarea psihologului în cadrul echipei terapeutice.

În condițiile în care scorurile obținute sunt în mod evident deviate de la normal, poate fi utilă colaborarea cu psihologul în încercarea de a rupe un cerc vicios al cărui punct de plecare nu este încă elucidat (mai întâi boala sau mai întâi terenul predispozant manifestat prin tulburări psihice).

Apare ca fiind de mare interes utilizarea acestui gen de chestionare, ce investighează personalitatea, și la alte categorii de pacienți, în special la cei spitalizați (care au mai mult timp la dispoziție și posibilități de monitorizare în timp), extinzând aria de studiere a bolnavilor dintr-o perspectivă psihologică dar cu largi implicații psihoterapeutice.

Bibliografie

1. Athanasiu A. *Elemente de psihologie medicală*. Ed. Medicală, București, 1983.
2. Beck William W., Jr. - *Obstetrică și Ginecologie*, Ed. a 4-a. Ediția în limba română, sub redacția R. Viădăreanu, Ed. Medicală Amaltea, București, 1997.
3. Coculescu M. - *Neuroendocrinologie clinică*. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1986.

4. Coculescu M. - *Endocrinologie clinică - Note de curs, ediția a III-a, Ed. Medicală, 1998.*
5. De Groot Leslie J. și colab. - *The Thyroid and its Diseases. Sixth Edition, 1996.*
6. Dumitrache C., Ionescu B., Ranetti A. - *Endocrinologie. Elemente de diagnostic și tratament. Ed. Național, 1997.*
7. Exarcu I. T. *Fiziologia și fiziopatologia sistemului endocrin. Ed. Medicală, București, 1989.*
8. Greenspan Francis S. - *Basic and Clinical Endocrinology. Third Edition, 1991.*
9. Golden N.H., Jacobson M.S., Schebendach J., Solanto M.V. *Resumption of menses in anorexia nervosa. Arch. Adolesc. Pediatr. Med., 1997; 151:16-21.*
10. Golden N. H., Schenker I. E. *Amenorrhea in anorexia nervosa: etiology and implications. Adolesc. Med. State Rev., 1992; 3: 503-507.*
11. Harris T., Creed F. and Brugha T.S. - *Stress Life Events and Graves Disease. Br.J.Psych. (1992), 161, 535-541.*
12. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 14th edition. A. S. Fanci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S.L. Hauser, D.L. Longo. McGraw Hill, 1998.*
13. Iamandescu I.B. *Stresul psihic și bolile interne, Ed. All, București, 1993.*
14. Iamandescu I.B. - *The relation between hyper-and hypothyroidism versus mania and depression from the point of view of psychological parameters, rev. Infomedica, nr. 8/1997.*
15. Kalney R. C., Crisp A. H., Lacy D. H. *Prevalence and prognosis in anorexia nervosa. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 1977; 11: 251-257.*
16. Kendell R.E., Hall D. J., Babigan H. M. *The epidemiology of anorexia nervosa. Psychol. Med. 1973; 2: 200-203.*
17. Miicu Șt.M. (sub redacția)- *Tratat de Endocrinologie Clinică, vol.I. Ed. Academiei Române, București, 1992.*
18. Nemeroff B.Charles, Krishnan K. Ranga R. - *Neuroendocrine Alterations in Psychiatric Disorders. In: Neuroendocrinology, p.413-432.*
19. Paveliu F., Iamandescu I.B., Horopciuc M., Popa D. *Analiza unor trăsături psihologice în sfera personalității la bolnavii hipertiroidieni. Rev. Infomedica 2(36), 1997, pg. 28-30.*
20. Pop T, Ileana Duncea, Liviu Gozariu. *Amenoreea din anorexia nervoasă. Rev. Infomedica nr. 12/1998.*
21. Popa M. *Endocrinopediatrie și anxologie - actualități Ed.Cerma, București, 1993.*
22. Roger G. Kathol. *Psychiatric Abnormalities in Endocrine Disorders in: Neuroendocrinology, p.397-409.*
23. Samiy A.H., Smith L.H. Jr., Wyngaarden J.B. (Ed.), W.B. Saunders Co, 1985
24. Smith L.H. and Thier S.O. - *Pathophysiology. The Biological Principles of Diseases, 2nd Edition.*
25. Totoianu I.G., Vasilescu Gh. *Bolile tiroidei la adult și copil. Vol. 2. Casa de Editură „Lumina Transilvaniei”, Târgu Mureș, 1993.*
26. Totoianu I.G. *Introducere în fiziologia clinică a sistemului endocrin. ed. S. C. „Cromatic Tipo” SRL, Târgu Mureș, 1992.*
21. Wilson J.D., Foster D.W. - *Williams Textbook of Endocrinology, 8th Ed. W.B. Saunders Co.*

Capitolul 5

ELEMENTE DE PSIHO-SOMATICĂ CHIRURGICALĂ

*Corneliu Dragomirescu, Ioan Bradu Iamandescu,
Ovidiu Popa Velea*

Chirurgia este cea mai dramatică și, deci, spectaculoasă specialitate a medicinei. Este un domeniu fascinant, atât pentru viitorii medici cât și pentru marele public, cu toții sesizând maxima încărcătură emoțională ce însoțește fiecare acțiune a chirurgului, dar și a celui ce așteaptă, adesea la limita supraviețuirii, rezultatul luptei deschise, tranșante cu boala - mai hotărâtă și mai grăbită ca niciodată să-i curme firul vieții. Viziunea galenică asupra bolii, ca fiind rezultatul unei disfuncții localizate la nivelul unei părți a corpului (vindecarea fiind considerată ca rezultând din extirparea acestui rău localizat) - a avut meritul de a încuraja progresele chirurgiei, ca și dezvoltarea unei abordări analitice a procesului patologic.

În zilele noastre, concepția psihosomatică, promovată încă de la marele Hipocrat, restabilește locul psihicului, alături de soma, atât în procesul îmbolnăvirii, cât și în cel al vindecării. Viziunea holistică modernă, statuată în SUA de către Engel (modelul bio-psiho-social, completat de către Ikemi prin latura existențială), dezvoltată și în alte țări (Elveția: Heim și Willi, Germania: Stockmeyer etc.) propune ca și în chirurgie să se reconsidere importanța factorului psihic, apreciat drept un cofactor important, indispensabil unei reușite complete a actului operator. De altfel, o ramură desprinsă din chirurgie - oncologia - a devenit o importantă subdiviziune a psihosomaticii contemporane (anume "psihooncologia" - Buddeberg).

Din această perspectivă apare ca o necesitate reconsiderarea actului chirurgical ca fiind dependent nu numai de gândirea lucidă și mișcarea fără de greș a mâinii chirurgului "cu nervi de oțel", ci și de modul cum va reacționa bolnavul la impactul cu actul operator, sau mai târziu de modul cum va recupera el brutalele transformări (fie ele și salvatoare) produse de manevrele chirurgicale.

În cele ce urmează există în mod evident intenția de a racorda principalele demersuri ale actului chirurgical la concepția psihosomatică, fără a nega prioritatea măiestriei demiurgului-chirurg în reușita obiectivului operator, dar încercând să argumentăm ideea că o bună cunoaștere a elementelor psihologice - implicate în mod inerent, însă covârșitor în dinamica actului-operator - poate servi la optimizarea evidentă a acestuia.

Vom încerca o caracterizare succintă a aspectelor de ordin psihosomatic legate de activitatea chirurgului, inclusiv - și mai ales - a relației acestuia cu bolnavul chirurgical.

Chirurgia - domeniu de interferență cu psihologia medicală și psihosomatica

Există unele opinii în favoarea ideii că rezolvarea operatorie a bolii este un act tehnic, a cărui îndeplinire depinde numai de îndemânarea chirurgului și rezistența biologică a pacientului.

Aceste idei sunt legate de faptul că, atunci când operează, chirurgul acționează asupra unei structuri anatomice care - chiar și în cazul sistemului nervos - reprezintă un substrat al funcțiilor organismului. Ecoul actelor sale (pur materiale, ca "operator", sau psihologice - ca element mitic, forță magică) este receptat, însă, la nivelul psihicului bolnavului operat, declanșând un întreg cortegiu de influențe cortico-viscerale ce nu trebuie subestimate.

Din acest punct de vedere, chirurgia modernă, caracterizată tot mai mult prin rapiditatea execuției ca și prin creșterea calității vieții celui operat, este amenințată de ignorarea factorului psihic, inclus în mod inerent în orice relație interpersonală, dar mai ales în relația terapeutică dintre chirurg și bolnavul operabil.

Această mentalitate tehnicistă - somatizantă este necesar să fie înlocuită cu o alta, psihosomatică, având la bază recunoașterea faptului că în marea majoritate a intervențiilor chirurgicale sunt prezente două mari caracteristici de ordin psihologic: ineditul situației create prin existența leziunii sau disfuncției ce trebuie corectată prin actul operator (cu răsfrângere în primul rând asupra chirurgului) și anxietatea (extremă - pentru bolnav, uneori destul de crescută și pentru chirurg) generată de existența unor riscuri operatorii ce vizează adesea chiar supraviețuirea bolnavului.

Considerarea factorului psihologic de către chirurg îl va ajuta pe acesta să sesizeze o serie de particularități în cadrul cărora se desfășurează actul operator - cu repercusiuni asupra psihicului bolnavului, dar și o serie de implicații pozitive ale unor tentative psihoterapeutice simple (de suport moral) în dinamica recuperării post-operatorii. În plus, un chirurg care se va putea cunoaște mai bine sub raport psihologic, va avea șansa unei evoluții profesionale rodnice, înlăturând sau diminuând - în același timp - efectele celui mai mare dușman personal, stresul psihic.

În ordinea argumentației noastre vom avea în vedere:

Caracterele de ordin psihologic ale actului chirurgical

Vom enumera acele trăsături - cu implicații psihologice ale actului chirurgical diferite (calitativ sau cantitativ) de cele care caracterizează actul medical nechirurgical:

■ Este o relație tranșantă, lipsită cel mai adesea de echivocuri, bolnavul având perspectiva unei vindecări rapide și, de regulă, definitive;

■ Este dominat totuși de riscuri, uneori majore - amenințând integritatea și, uneori, viața bolnavului;

■ Încărcătura emoțională este maximă în raport cu relația existentă în cadrul altor specialități nechirurgicale și se referă nu numai la bolnavul chirurgical ci și la chirurgul care operează, acestuia nefiindu-i indiferent un eventual eșec al intervenției (inclusiv efectele secundare sau complicațiile postoperatorii);

■ Întreaga desfășurare a actului chirurgical poartă pecetea unui dramatism generat, în primul rând, de riscul chirurgical perceput de bolnav, și, în al 2-lea rând de numeroasele surprize ce pot apare în dinamica actului operator;

■ Bolnavul poate avea senzații și sentimente generate de ideea de "prejudiciu corporal" în cadrul unor exereze interesând segmente sau organe ale propriului său corp;

■ Anxietatea, care este o dominantă în plan psihologic a bolnavului, este extremă și ea domină bolnavul aproape pe tot parcursul actului chirurgical, începând cu momentul internării, continuând cu pregătirea preoperatorie (gânduri despre riscul operator) sau cu momentul anesteziei (griji referitoare la posibilitatea de "a nu se mai trezi"), amplificându-se - paradoxal - după reușita intervenției chirurgicale ("gânduri negre" despre posibilele sechele sau complicații, ca și despre viitoarea sa reinsertie socio-profesională). O detaliere a surselor principale de anxietate la bolnavul chirurgical figurează în tabelul 1 (după Spingte și Droh). Fiind cea mai vizibilă expresie în plan afectiv a stresului psihic perioperator (pre-, intra- și postoperator), anxietatea a fost cercetată de către psihologi (chestionare de anxietate de tip Hamilton, Hospital Anxiety and Depression, scala anxietății manifeste - "decupată" de Taylor din Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota), dar și de către medici, în special de cei activând în domeniul psiho-neuro-endocrinologiei, ce au studiat modificările hormonilor de stres în diferite etape ale actului operator;

■ Atât asupra bolnavului, cât și a medicului, impactul psihologic al bolii chirurgicale este crescut: dacă am evidențiat anterior problemele bolnavului, este necesar să menționăm și reversul medaliei: sentimentul responsabilității la chirurg, care nu dispare odată cu sfârșitul operației. Acest sentiment este accentuat, sau apare ca răspuns și la suprainvestirea medicului de către pacient, și uneori ca urmare a supralicitării radicalității intervenției terapeutice;

■ Reducerea timpului de contact cu pacientul crează în chirurgie posibilitatea preluării unei părți din responsabilitatea aferentă relației cu pacientul de către echipa de asistență medicală (asistente medicale, studenți), creându-se, din nefericire, posibilitatea unor influențe cu sens contrar sau nearmonizate, în raport cu cele pe care le exercită chirurgul;

■ "Pierderea contactului" de către pacient cu medicul său (cel mai adesea pe parcursul anesteziei generale) este percepută diferit, în funcție de tipul de "coping" al pacientului (modalitatea dominantă a acestuia de a face față stresului): se citează "copingul" centrat pe problemă, în care

individul este permeabil la argumente de ordin rațional, în perioada preoperatorie (își domină anxietatea prin intelectualizare), dar și "copingul" centrat pe emoție, în care se pune accentul pe mesajul de încurajare;

■ Conținutul nou al noțiunii de "compliance terapeutică": definită ca "gradul în care indicațiile medicului sunt respectate de pacient"; CT dobândește o dimensiune nouă, generată de punctul de plecare: cu excepții foarte rare, relația medic-bolnav este, de la bun început, asimetrică, în sensul poziției dominante a medicului-chirurg față de pacientul său. Amănunțele concrete ale intervenției chirurgicale, procedeul folosit, tipul de anestezie, etc. nu fac de regulă obiectul contestării de către pacient, rămânând o zonă "obscură" pentru acesta; astfel, se accentuează dimensiunea "mitică" a chirurgului (ca percepție individuală, de către pacient, sau chiar socială).

Tabelul 1. Cauzele anxietății perioperatorii (după Spingte și Droh, 1992)

□ Internarea în clinică:

1. Separarea de familie și de prieteni
2. Mediu străin, zgomote și mirosuri (mai intense decât în alte servicii)
3. Îngrijiri de rutină
4. Grijă cu privire la recuperarea sănătății și a capacității de efort în familie, profesie
5. Teama de necunoscut, iminența contactului cu acesta

6. Pierderea stăpânirii de sine în relațiile cu cei din jur, conștiința neajutorării, comunicarea dificilă cu lumea exterioară, desfășurarea neobișnuită a zilelor de spital
7. Pierderea condiției fizice
8. Relatările unor pacienți despre nereușitele sau sechelele operațiilor ori accidentele anesteziei
9. Relatările din presă despre eșecurile sau greșelile intra- și postoperatorii.

□ Intervenția chirurgicală:

1. Operația ca o leziune și agresiune a corpului și sufletului
2. Aprecieri prin prisma experienței personale (alte operații sau recidivă)
3. Temeri cu privire la:
 - a) rezultatul intervenției chirurgicale (dacă își va mai reveni la vechile capacități)

- b) eventualele "surprize" negative intraoperatorii (ex. cancer)
- c) urmările operației (aceleași ca la punctele 4 și 7 anterioare)
- d) îngrijirile adiacente (sonde, perfuzii, cateterizare, etc.)
4. Vești proaste înaintea operației

□ Anestezia

1. Teama de moarte
2. Senzație stranie de "pseudomoarte", datorită pierderii cunoștinței în cursul anesteziei
3. Sentimentul unui abandon total
4. Teama excesivă de complicațiile anesteziei (ex. alergice)

5. Grijă față de momentul trezirii
6. Neplăceri cauzate de perfuzii, injecții, mască
7. Teama de a nu comite indiscreții asupra intimităților sale
8. Experiențe anterioare neplăcute

□ Momentul trezirii din anestezie și al evaluării imediate a rezultatelor operației

1. Grijă cu privire la recuperarea sănătății și a capacității de efort
2. Pierderea condiției fizice.

Probleme și incidente cu consecințe psihologice în decursul actului chirurgical

O clasificare simplă, dar utilă, a intervențiilor chirurgicale pune în evidență câteva probleme de bază:

□ În intervenția "de urgență", stresul psihic al bolnavului este produs în principal de boală (v. impactul psihologic al durerii) și mai puțin de perceperea și anticiparea necesității intervenției chirurgicale. Nu e mai puțin adevărat, există o doză redutabilă de anxietate, ce poate fi pusă în legătură cu adevărata plonjare a bolnavului în necunoscut (prin bruscetea apariției unui simptom important: ex. hemoragie, asociată imposibilității de control al acesteia), dar, nu în puține cazuri și prin incapacitatea pacientului de a-și alege medicul curant (boala presează, are o evoluție supraacută);

□ În intervențiile chirurgicale "la rece" (de tipul urgențelor "amânate"), stresul psihic este produs într-o măsură mai mică (sau deloc) de simptom (parametri ca durerea, temperatura, TA, statusul hemodinamic sunt stabiliți), și într-o pondere sporită de anticiparea momentului operator (fiind accentuat de vidul de informații cu privire la boală, la cei ce-și domină anxietatea prin intelectualizare, sau de lipsa de suport social, de securitate emoțională la cei ce au o strategie adaptivă de tip "coping" emoțional).

Pătrunderea în lumea spitalului, nefamiliară ± rece, confruntarea cu suferințele, eventual decesul altor bolnavi, ruperea punților de legătură cu mediul înconjurător (diminuarea suportului social, fie prin imposibilitatea includerii familiei în planul de asistență terapeutică, fie prin retragerea deliberată a acesteia într-un moment "cheie" pentru bolnav (pacienți abandonați/neglijati, în special cei cu prognostic prost - ex. unii bătrâni cu cancer)) - sunt de asemenea factori ce ridică serioase probleme psihologice.

O importanță deosebită o are, și este normal s-o aibă, tipul de personalitate a bolnavului, în relație cu tipul de personalitate a medicului care tratează (v. tabelul 2).

Balanța beneficiu-risc a oricărei intervenții chirurgicale ridică și problema deciziei asupra tipului de operație: este mai utilă o intervenție paliativă, care exclude însăși ideea de vindecare, sau trebuie să minimalizăm riscurile intervenției radicale, propunându-ne obiective maxime? Răspunsurile variază de la o școală chirurgicală la alta, dar există și variații transculturale, strâns legate de atitudinea față de problema adevărului în boală (cu referire directă la boala incurabilă). Remarcăm la acest punct diferențele dintre școlile americană și europeană, expresie a unei atitudini diferite asupra drepturilor omului bolnav, dar și asupra valorii sociale a acestuia, în cadrul dat.

Excluzând pentru moment cazul bolnavului incurabil, alegerea momentului intervenției chirurgicale "elective" este indiscutabil și la latitudinea pacientului, prevalând motive dintre cele mai diverse (tratament medical fără rezultat, la un bolnav cu aspirații profesionale ridicate; complicațiile bolii, care scad calitatea vieții pacientului; un statut socio-profesional - ex. om de afaceri - care nu permite boala, etc.).

Tabelul 2. Tipuri de medici, în funcție de comportamentul față de bolnav (după Boettcher, 1988)

1) Tipul isteric	
Calități	Defecte
- activ, plin de elan, simpatice, radiază optimism - boala este pentru el "un meci al vieții" - pentru toate, el găsește o soluție - poate obține mai mult (cu o batistă umedă) decât alții cu o jumătate de farmacie - fiecare pacient este pentru el o provocare - deschis, spontan, direct	- sensibil la admirația/ laudele pacientului - se demobilizează ușor și îi scade repede interesul pentru pacient, în caz de insucces terapeutic - îi lipsește răbdarea și dispoziția pentru o muncă migăloasă - iubește efectele spectaculoase - practică polipragmazia și este adeptul noilor medicamente - ordinea, liniștea și obiectivitatea nu îi sunt specifice
2) Tipul autoritar (tiranice)	
Calități	Defecte
- constant grijuliu, responsabil, consecvent și perseverent - competență profesională, nu-i scapă nimic din ceea ce are pacientul - examinare minuțioasă (palpare, auscultație) - ordine desăvârșită în sectorul său	- conservatorism, axare excesivă pe reguli - teama de a omite ceva ce îl macină, și poate dezvolta la pacienții săi reacții de tip ipohondric - idealizează încrederea în forțele naturale sanogenetice ale organismului - susține într-un mod agresiv legea, ordinea și datoria, ca și ierarhia - tinde să se ferească permanent de greșeli, dispărându-i spontaneitatea, "aerul glumei" sau pasional
3) Tipul depresiv	
Calități	Defecte
- căldură, apropiere față de bolnav - harnic	- nu pot să spună "nu" - vulnerabil la bolile psihosomatice (devotat până la sacrificiul de sine) - autoculpabilizare ("alți medici vindecă mai bine și mai repede") - neîncredători în propriile forțe - incapabili de agresivitate (deși îi pot face pe alții să se rușineze de defectele proprii) - creează pacientului impresia de neajutorare; identificare cu pacientul suferind
4) Tipul schizoid	
Calități	Defecte
- subtilitate superinteligentă (deși înclină spre izolare) - obiectivitate maximă în evaluarea suferinței pacientului (de care nu se lasă influențat în stabilirea diagnosticului și tratamentului)	- răceală, distanță - închis în sine - poate favoriza un climat impersonal în clinică

Dinamica problemelor psihologice ale pacientului în raport cu momentul actului operator

Dacă anterior ne-am referit la problemele din perioada preoperatorie, dacă în momentul intraoperator problemele sunt generate în special de disconfortul fizic ± psihic pe care-l presupune intervenția (incluzând aici în special incidentele și complicațiile intraoperatorii la care pacientul are acces direct: durere, hemostază dificilă, sau, indirect, de ex. auzindu-i pe membrii echipei de intervenție), momentul postoperator este cel care, prin durata lui relativ sporită, și prin anumiți factori obiectivi sau subiectivi, are o importanță deosebită în plan psihologic:

- **în perioada postoperatorie precoce** disconfortul este mixt: fizic, prin dureri, vărsături, meteorism, impotență funcțională, dar și posibil psihic (numai ideea - cazul psihozelor post-partum - sau chiar prezența mutilării, sechelelor, infirmității - ca de ex. în amputațiile de necesitate);

În această perioadă, de multe ori, ritmul progresului stării de sănătate, al recuperării este neconcordanț cu al așteptărilor bolnavului. Acest lucru este perceput dureros de persoanele vulnerabile la frustrare (ex. tipul psihocomportamental A, care are o motivație de tip social, de autoafirmare, foarte pregnantă).

În perioada postoperatorie precoce, pacientul este confruntat eventual și cu eșecul intervenției terapeutice, cu rezultate disproporționate de mici sau chiar dramatice, raportate la expectațiile medicului sau ale pacientului (ex. descoperirea intraoperatorie a unui cancer inoperabil). Tot acum, bolnavul este mai susceptibil la stresul psihic iatrogen (disconfortul "minim" în alte situații este amplificat, pregătirea psihologică a pacientului se centrează cel mai adesea pe acceptarea și desfășurarea momentului operator, și mai puțin sau deloc pe perioada postoperatorie).

- **în perioada postoperatorie tardivă** se pot manifesta două tendințe cu sens contrar; pe de-o parte, recidiva/ recăderea (corelată cu supralicitarea anterioară de către pacient a intervenției chirurgicale) erodează puternic fundamentul încrederii în medic: "Dacă nu chirurgia, atunci ce?"; pe de alta, în această perioadă se rup adesea legăturile cu terapeutul (de regulă, ele se mențin doar scurt timp după operație, iar problemele apărute tardiv sunt gestionate adesea de medicii de medicină generală sau interniști, până devin critice).

Desigur, în cadrul factorilor de prognostic prost în plan psihologic, se pot include în această perioadă și complicațiile generate de însăși intervenția chirurgicală (granulom de fir, eventrații, eviscerații, etc.).

Chirurgul în relație cu pacientul său - probleme

Fără a le epuiza, cităm câteva din problemele de relaționare în plan psihologic pe care și le crează sau pe care doar le simte chirurgul:

- predominanța anamnezei de tip tehnicist, centrată pe simptom, și nu pe percepția lui (inclusiv psihologică). Din dorința creșterii eficienței și a

acțiunii prompte, unii medici se cantonează în acest tip de relație (medicul=activ, pacientul=pasiv, obiect, caz), nepermițând expresia liberă a acestuia (garanția catharsisului, a descărcării emoționale) sau răspunsul la multiplele lui întrebări;

- strâns legată de cele de mai sus este dezumanizarea pacientului, transformarea lui într-un caz, într-un "ulcer", "adenom", etc;

- atitudinea intervenționistă exagerată, frecventă, nu întotdeauna justificată; alegerea unui tip de operație comod, convenabil pentru chirurg, nu pentru pacient (ambele justificate prin nevoia de succes și prestigiu social a terapeutului);

- scăderea la minim a duratei contactului cu pacientul, și chiar a duratei spitalizării (motivată prin necesitatea creșterii eficienței actului medical);

- impactul frecvent, violent, frustrant cu moartea sau incurabilitatea amenință echilibrul psihic al chirurgului.

Un model al posibilităților de proastă funcționare a relației medic-pacient, cu particularizare imediată la chirurg, este prezentat în tabelul 3.

Tabelul 3. Forme de refuz al preluării problemelor psihologice ale pacientului grav (după Rösler, Szewczyk, Wildgrube, 1996)

1. Evitare directă prin indicarea altor factori competenți: sistemul de consiliere, inclusiv consult psihologic

2. Evitare indirectă, prin:

a) Reducerea individualității bolnavului la nivelul unui simplu "caz" medical și identificarea acestuia după:

- natura și forma clinică a bolii
- istoricul bolii
- localizare ("bolnavul de la fereastră", "patul 2 din salonul 4", etc.)
- natura investigațiilor necesare ("bolnava care trebuie să facă ecografie")

b) Retrageră în birou sau în laborator

c) Tăgăduirea (negarea) propriei implicări emoționale (mai ales în cazurile unor boli cu prognostic letal)

3. Lăsarea în suspensie a unor adevăruri, în cazul unor boli severe:

a) evitarea explicațiilor asupra prognosticului vital

b) invocarea faptului că pacientul nu poate să tolereze adevărul

4. Etichetarea bolnavului ca pacient cu o boală imposibil de discutat (despre care nu are ce discuta)

Rolul psihoterapiei suportive în evoluția favorabilă perioperatorie a bolnavului

Este de domeniul evidenței că un bun chirurg este de multe ori și un bun psiholog.

Totuși, pe lângă faptul că unii chirurghi nu au vocația unei bune comunicări cu bolnavul, există riscul - chiar și la chirurgii experimentați și buni psihologi, de a comite greșeli în planul relației psihologice cu bolnavul, cauzând efecte iatrogene ce pot avea uneori repercusiuni violente asupra sănătății bolnavului (de ex. comunicarea, fără o acoperire diagnostică fermă, a unei suspiciuni de cancer poate produce o gravă depresie bolnavului, cu atât mai severă cu cât dovezile necesare diagnosticului pot, în mod obiectiv, să întârzie, iar atunci când sosesc, să fie prea târziu; cel mai adesea, bolnavul persistă în reacția sa, neliniștit de ideea că asigurările date de medic ascund, de fapt, diagnosticul pozitiv al cumplitei boli).

Elementul care, totuși, marchează în modul cel mai favorabil evoluția bolnavului este constituit de câteva trăsături de bază ale personalității chirurgului:

- căldura umană, optimismul, dârzenia și disponibilitatea sa (în limite "rezonabile") pentru bolnav, inclusiv pentru unele probleme sufletești ale acestuia;

- caracterul activ al demersurilor sale psihologice, mergând de la explicațiile, cu caracter intuitiv, metaforic - date bolnavului despre boala și obiectivele actului operator, și până la susținerea morală a acestuia pe parcursul tuturor etapelor actului chirurgical.

Nu trebuie neglijat faptul că un chirurg trebuie să se protejeze împotriva stresului psihic, iar acest capitol necesar în viața fiecăruia dintre noi are o extensie și particularități deosebite în profesiunea chirurgicală. Un chirurg mai puțin stresat va avea capacități mai mari pentru actul psihoterapeutic de susținere a bolnavului.

Există numeroase cercetări care atestă rolul favorabil al psihoterapiei suportive aplicată la bolnavul chirurgical. Ele se referă la bunul mers al operației, diminuarea intensității durerilor, dar și a complicațiilor postoperatorii, ca și la scurtarea perioadei de recuperare a bolnavului.

Situații speciale - comentarii

□ Bolnavul neoplazic

În cazul bolnavilor cu cancer se ridică unele probleme importante de ordin psihologic:

- problema adevărului despre boală (secvența parcursă cel mai adesea de bolnav la aflarea diagnosticului este, în lipsa intervenției psihoterapeutice, următoarea: negare - revoltă - resemnare - disperare cu posibile conduite de tip suicidar);

- decidera modalității de intervenție radicală sau paliativă (riscurile în sine ale intervenției radicale, mutilarea definitivă, fără certitudinea salvării vieții sau vindecării, scăderea dramatică a calității vieții omului bolnav, în balanță cu certitudinea lipsei vindecării și prin aceasta, acceptarea prognosticului infaust (echivalentă cu o condamnare), chiar dacă pentru moment calitatea vieții se păstrează);

- cointeresarea membrilor familiei în asistența psihologică (în fapt, premisa este asistența psihologică inclusiv pentru membrii familiei, cel puțin la debut);

- punerea în discuție a imaginii de sine a terapeutului (confruntat cu o stare de neputință/frustrare, consecutivă lipsei posibilităților de vindecare) reclamă, cel puțin în serviciile de oncologie, colaborarea cu psihologul clinician, inserat în echipa terapeutică;

- existența unei relații de conlucrare optime cu ceilalți membri ai echipei chirurgicale, personalul auxiliar, dar și cu alți specialiști care tratează bolnavul (evitarea așa-numitului "circuit al specialiștilor", în care bolnavul schimbă, în scurt timp, spitale, secții, fără posibilitatea constituirii unei relații de suflet cu vreunul din medicii care-l tratează, și cu consecințe nefavorabile, prin tracasări inutile, asupra însăși stării lui precare de sănătate).

❑ **Bolnavul muribund** (v. și tabelul 4 asupra percepției psihologice a apropiatei morți).

Tabelul 4. Cele 5 faze ale evoluției* spre moarte la bolnavul incurabil (după Kübler și Rose, 1968)

1. Șocul la aflarea destinului necruțător
2. Negare sau amăgire
3. Revoltă, furie
4. Depresie (tristețe), pe fondul căreia se conturează două tipuri de comportament:
 - tentative de "negociere", docilitate
 - închidere în sine, confuzie
5. Pierderea vitalității, ca și a posibilității de comunicare (mai întâi verbală, mai apoi non-verbală)

* În toată perioada acestei evoluții, bolnavul oscilează între speranță, lipsă totală de speranță și îndoială.

Aflat în imposibilitatea de a vindeca sau de a întârzia evoluția bolii, medicului îi rămâne doar posibilitatea ușurării suferințelor bolnavului prin apelul la mijloace terapeutice și psihologice. Dacă ne referim la acest ultim aspect, se dorește reumanizarea bolnavului, prin respectarea tuturor nevoilor sale:

- bazale (confort alimentar, termic, etc.);
- de contact ("NU" evitării bolnavului);

- de comunicare și siguranță;
- de adevăr (dacă bolnavul o cere).

În practică, de prea multe ori, așa cum arată un studiu publicat de British Med. Journal, (oct. 1994), aceste nevoi nu sunt satisfăcute, faptul putând fi explicat și prin nevoia de "supraviețuire afectivă" a medicului (a cărui imagine de sine este serios pusă în discuție de un astfel de caz).

Cointerесarea membrilor familiei în asistența psihologică a bolnavului, ca și a tuturor membrilor echipei terapeutice este adeseori o alternativă căreia i se acordă prea puțină atenție.

Este discutabilă folosirea în cazul bolnavului muribund a eutanasiei, chiar a celei pasive, întrucât ea crează mai multe probleme decât rezolvă (acceptând că viața unui om, chiar muribund, poate fi considerată o simplă "problemă!"). Dilemele etice, morale, asupra statutului social și imaginii de sine ale medicului sunt extrem de serioase și profunde.

□ Bolnavul-medic

În relația cu un coleg de breaslă, apar probleme psihologice specifice, ca de ex.:

- satisfacerea nevoii de informare a pacientului (în general, își domină anxietatea prin intelectualizare, după o evaluare atentă a tuturor posibilităților și riscurilor), dar rămânând conștienți că, prin specificul muncii lui, medicul-pacient este totuși mai anxios decât media pacienților;

- mai ales în etapa preoperatorie este necesară discutarea împreună cu pacientul a alternativelor terapeutice, și alegerea, de comun acord, a celor optime. În acest fel, respectăm nevoia de inițiativă a unui pacient în general compliant;

- respectarea algoritmului terapeutic și diagnostic este adesea subminată (consultații fugitive, telefonice, bazate pe o radiografie, etc.) Medicul terapeut poate avea, cel puțin în etapa inițială, o tendință la scăderea responsabilității, în ideea că pacientul dispune de mijloacele necesare de a corecta eventualele erori;

- respectarea statutului social al pacientului este benefică: evitarea poziției de superioritate a medicului-terapeut pornește de la premisa inexistenței unei relații asimetrice medic-pacient, ca în majoritatea cazurilor.

□ Chirurgia la vârste extreme: copilul și bătrânul în fața intervenției chirurgicale

În cazul vârstelor fragede nu a fost niciodată subliniată îndeajuns necesitatea adoptării unei atitudini de tact, blândețe, răbdare, calm din partea medicului (un traumatism psihic la această vârstă poate avea impact major, chiar decisiv, asupra evoluției ulterioare a copilului).

Planul terapeutic trebuie să fie coerent, unitar (a se avea în vedere asocierea membrilor familiei, dacă este posibil), cu înlăturarea măcar parțială a imaginii negative preformate pe care o are copilul despre doctor, și cu reducerea la minim a impactului negativ cu lumea spitalului (satisfacerea nevoii de comunicare, de joacă, etc.).

În ceea ce privește indicația chirurgicală, este necesară evitarea atitudinilor exagerat-intervenționiste (mai ales la cererea familiei: amigdalectomie, apendicectomie, etc.)

La vârsta a 3-a se impune evaluarea exactă a beneficiului intervenției terapeutice, în raport cu riscul:

- fie în contextul stării generale a pacientului (tare organice care contraindică intervenția chirurgicală (sau numai pe cea radicală);

- fie în contextul evoluției prognosticat lente a bolii, în raport cu nevoile pacientului și riscurile aferente intervenției chirurgicale propriu-zise (mai ales în cancer).

În orice situație este utilă (dacă este posibil) informarea pacientului în vederea anticipării desfășurării actului operator și a posibilelor riscuri (cicatrizare întârziată, riscul de infecție mai mare, persistența unor acuze reziduale timp mai îndelungat, etc.).

Din motivele arătate mai devreme, este utilă cointeresarea membrilor familiei, pentru prevenirea abandonului sau retragerii suportului social.

Chirurgul și lucrul în echipă

Munca în echipa chirurgicală implică o mare răspundere, oricum, dar ea, răspunderea, este maximă la conducătorul acestei echipe. Cazul ideal ar fi valorificarea optimă a posibilităților fiecărui membru al echipei, lucru încă greu de realizat într-o specialitate dominată de ambiții și orgolii personale. Ceea ce poate realiza practic șeful echipei chirurgicale este încercarea de a "teși" asperitățile, fără a recurge însă la egalitarism, care ar fi, până la urmă, în defavoarea pacientului însuși.

În al doilea rând, este imperativă o bună colaborare cu anestezistul/specialistul în terapie intensivă, a cărui imagine (percepție) socială este mai întotdeauna inferioară celei a chirurgului (se consideră că "este normal" ca anestezia să meargă bine, se minimizează riscurile și incidentele, etc.).

În al treilea, dar nu în ultimul rând, se cere instituirea și menținerea unor raporturi de colaborare cu psihologul clinician, și în acest sens se conturează necesitatea unui astfel de specialist, cel puțin în spitalele mari, cu un rulaj mare de bolnavi (universitare), combaterea reticențelor nefondate față de acesta (existente în tipul de educație materialist, tradiția școlii, sau conservatorismul chirurgului).

Bibliografie

1. Buddeberg C., Kaufmann P., Radwilla A. *Médecine psychosomatique et psychosociale en Suisse*, Bähler, Berne, 1993.
2. Boettcher J. Normabweichend akzentuierte Ärzte. In: Szewczyk H. (Hrsg.) "Medizinische Psychologie in der ärztlichen Praxis", Berlin: Volk und Gesundheit, 110-113.
3. Iamandescu I. B. *Psihologie Medicală*, Ed. Infomedica, București, 1996.
4. Kübler-Ross E. *Interviews mit Sterbenden* (14. Aufl.), Kreuz Verlag, Stuttgart, 1982.

5. Mills Mina, Davies Huw T.O., Macrae William A. Îngrijirea în spital a bolnavilor muribunzi. În: *British Medical Journal* (ed. în lb. română), nr. 2, vol. 1, dec. 1994, 99-103.
6. Rösler H. D., Szewczyk H., Wildgrube K. *Medizinische Psychologie*, Spektrum Akademischer Verlag, Berlin, 1996.
7. Springte Droh.- *Musikmedizin*, Fischer Verlag, Stuttgart, 1992.

Capitolul 6

INTERFERENȚELE DINTRE FACTORII PSIHOSOCIALI COMPORTAMENTALI ȘI CANCER

Coralia Mîrșu Păun

Legătura dintre stările emoționale și cancer a fost sesizată de secole. Valul cercetărilor de psihosomatică a declanșat o serie de alte studii, privind personalitatea premorbidă a bolnavilor de cancer, consecințele stresului la animal și om, variabilele psihosociale și comportamentale implicate în apariția cancerului și adaptarea la boală. Odată cu apariția unei noi discipline, **PSIHOONCOLOGIA**, s-a intensificat cercetarea aspectelor psihosociale legate de cancer iar rezultatele acestor studii s-au transferat în clinică, în multe din țările avansate.

În prezent, se înregistrează progrese mari în înțelegerea impactului factorilor psihologici, fiziologici, sociologici și antropologici asupra pacienților, familiilor acestora precum și asupra celor care participă la îngrijirea lor.

Direcțiile de cercetare a interferențelor dintre factorii psihosociali, comportamentali și cancer sunt:

- **Factori psihosociali de risc în apariția cancerului;**
- **Efectele diagnosticului, bolii și tratamentul asupra funcționării psihologice și neuropsihologice;**
- **Reacție și adaptare psihologică la cancer;**
- **Impactul factorilor psihosociali asupra cursului bolii, tratamentului și supraviețuirii.**

Sunt investigate în egală măsură cele două căi prin care se presupune că factorii psihosociali și comportamentali, pot influența riscul de apariție și evoluția cancerului.

1. **Calea indirectă (externă)** - prin care unele comportamente ar afecta indirect riscului de apariție și progresie a cancerului (comportamente care determină expunerea la carcinogeni, de exemplu fumatul) sau afectează supraviețuirea (comportamentul de amânare sau de neacceptare a tratamentului).
2. **Calea directă (internă)** - prin care factorii psihosociali și comportamentali ar afecta mediul intern, fiziologic al persoanei influențând prompția și progresia tumorală.

În ultimii ani, toate aceste probleme au fost studiate cu ajutorul celor mai complexe tehnici ale psihoneuroimunologiei, disciplină devenită un domeniu ce integrează variabilele bio-psiho-sociale implicate în starea de sănătate, riscul de apariție și de evoluție a cancerului. Acum se cunoaște mult mai mult despre transformarea malignă și despre factorii de promoție care favorizează progresia tumorală (Weinstein, 1982).

Cercetătorii din domeniul psihologiei și cei care lucrează în biologia tumorii oferă un domeniu de explorare a rolului posibil al factorilor psihosociali și comportamentali în cancerul uman.

Discutarea problemei în sens larg

Cancerul reprezintă, în practică, o multitudine de variante de dezvoltare tumorală care au și elemente comune.

Toate cancerele apar ca rezultat al unor modificări în sectoare cheie din materialul genetic al unor celule. Consecința esențială este că aceste celule, prin mecanisme diferite, în funcție de tipul alterării genetice în cauză, au o *creștere autonomă* față de restul organismului din care s-au format.

Cauzele modificărilor genetice menționate, precum și cauzele care contribuie ulterior la progresia bolii sunt diverse, insuficient înțelese încă.

Există unele aspecte ale inițierii și creșterii tumorale, bine precizate: viruși, substanțe chimice, radiații, hormoni, traumă cronică, paraziți, precum și caracteristicile genetice și fizice ale persoanei.

În afara comportamentelor care determină expunerea la factorii de mediu, crescând riscul apariției cancerului, este posibil ca o serie de factori psihologici (pe calea mediului intern fiziologic) să contribuie într-un procent mic la riscul total, în paralel cu carcinogenii socotiți puternici (Fox, 1981). Factorii psihosociali și comportamentali pot acționa, deși în mică măsură, atât în direcția reducerii, cât și în cea a creșterii riscului.

Dar trebuie să mai avem în vedere și faptul că există o gamă largă de reacții psihologice, iar cancerul reprezintă o gamă de neoplasme care pot fi sensibile la diferite influențe.

În orice caz, dezvoltarea unei tumori, indiferent de localizare, trece prin mai multe etape, de la inițierea transformării maligne la promoție și apoi la progresia tumorală. În tot cursul acestui proces este posibil ca mai mulți factori să acționeze sinergic. Progresia este influențată și de vârstă, sexul, nutriția persoanei. Factorii psihologici și/sau sociali, pot constitui co-factori în dezvoltarea unor celule care au suferit deja transformarea malignă.

Cel mai mare interes pentru urmărirea rolului potențial al factorilor psihosociali l-au prezentat, în general, tumorile hormono-sensibile, în special cele ale sânului.

Factori psihosociali și comportamentali de risc în apariția cancerului

Având în vedere multiplicitatea factorilor care concură la apariția și progresiunea cancerului, orice evaluare a importanței eventuale a factorilor

psihologici de risc presupune analiza stilului de viață și comportamentele care pot influența vulnerabilitatea la cancer.

Cercetările stilului de viață urmăresc obiceiurile sociale (fumatul, alcoolul), alimentația, comportamentele sexuale, expunere la soare, expunere la agenți chimici (profesiune), mediul social și legăturile sociale, statutul socio-economic și suportul social, influențele culturale, sociale, religioase și psihologice care contribuie la modul de viață obișnuit, zilnic.

Factorii psihologici

Personalitatea, înglobând trăsăturile stabile, stilurile de reacție în situații de stres, mecanismele psihologice de apărare a fost semnalată de multă vreme ca un factor de risc al apariției cancerului și duratei de supraviețuire.

Viziunea simplistă a legăturii „stare mentală-cancer” a fost înlocuită cu ipoteze și modele testabile prin intermediul psihoneuroimunologiei.

Primele studii care urmăreau conturarea personalității predispuse la cancer au fost retrospective. Pacienții erau întrebați despre personalitatea și reacțiile lor psihologice din perioada dinaintea apariției cancerului. Rezerva cu care sunt privite rezultatele studiilor retrospective provine din faptul că trăsăturile presupuse a fi ale persoanei predispuse la cancer pot fi consecințe ale bolii și nu neapărat manifestări ale personalității premorbide. Ele descriu persoana predispusă la cancer ca pe o „persoană calmă, cu mers lin, care își reprimă și neagă emoțiile”, în special pe cele negative (LeSchan, Morris). Este imaginea persoanei reținute, care nu se plânge, este cooperantă și nu-și exprimă cu ușurință suferința, tristețea, furia, anxietatea; este calmă, plăcută, compliantă, pasivă (Renneker, Bahnson). Bahnson subliniază și o altă trăsătură, și anume exprimarea anormală a emoțiilor, reacția la evenimente stresante prin negare și represie.

Constatările privind reprimarea emoțiilor ca însușire de bază a persoanelor predispuse la cancer, au contribuit la conturarea tipului C de personalitate (Temoshock, 1984)

Pe baza unui studiu retrospectiv, comparând reacția emoțională la o serie de stimulări electrice cutanate a unor pacienți cu melanom malign, comparativ cu un lot de bolnavi cu afecțiuni cardiovasculare, autoarea citată a formulat trăsăturile acestui tip C de personalitate, folosind conceptele de la tipurile A și B de personalitate din bolile cardiovasculare.

Tipul C de personalitate descris de Temoshock cuprinde următoarele trăsături de bază: persoana menține controlul emoțional și întreține relații interpersonale plăcute, în pofida disperării interioare pe care nu și-o exprimă; are simțământul lipsei de speranță, uneori cronică dar mascată; exprimă puțin din tensiunea, suferința cronică pe care o resimte în urma unor evenimente stresante ale vieții.

În general însă se consideră că este necesar un studiu prospectiv bine controlat care să confirme un tip de personalitate asociat cu riscul apariției cancerului. Un astfel de studiu prospectiv a fost realizat de Grossarth-Maticek (1983, 1985, 1989) pe două populații diferite cultural - în Iugoslavia

și în Germania. Ei au identificat patru tipuri de personalitate, cu anumite modele comportamentale, legate de tipuri specifice de stres și reacții la stres. După zece ani, timp în care au urmărit subiecții, au găsit că au dezvoltat cancer dintre cei care relevaseră lipsă de speranță cronică, rezultată din evenimentele dureroase ale vieții sau cei care și-au exprimat foarte puțin emoționalitatea.

Au făcut parte din tipul de personalitate desris ca fiind predispus la cancer cei care au exprimat o nevoie acută de a fi alături de o persoană foarte importantă din punct de vedere emoțional, pentru ei sau de a atinge un scop important. Acestea îi păreau de neatins. Totuși, persoana continuă să perceapă obiectul investiției ca pe cea mai importantă condiție ca să trăiască bine. Încercările de a găsi un nou obiect de investiție care să-l înlocuiască pe cel vechi sau cel puțin să-l ajute să se detașeze de acesta, eșuează. Dimpotrivă, obiectul investiției este idealizat în timp ce el scade în proprii ochi, aprecierea de sine se micșorează, reacționează prin depresie, lipsă de speranță, pe care încearcă să le ascundă. Acest profil a fost semnificativ corelat și cu moartea în cancer (46%).

Toate aceste studii nu pot fi ignorate; ele aduc date suplimentare celor care au propria lor experiență în clinică și au constatat multe din trăsăturile descrise. De altfel, este recunoscut că anumiți factori de personalitate influențează riscul la cancerul sînului. Impactul și-l exercită fie indirect, prin influențarea comportamentelor de expunere la carcinogeni (la soare) sau dimpotrivă, de a practica o îngrijire optimă a sănătății (palparea sânilor), fie pe cale directă, prin anumite stări emoționale care au influență asupra mecanismelor hormonale sau celulare care pot afecta riscul la cancer. Starea psihologică sau un eveniment stresant este posibil să acționeze ca un promotor în prezența unui factor inițiator, în special dacă apare ca un stres în timpul când țesutul sînului este cel mai vulnerabil la unele modificări anormale (Holland J.C., Rowland J.H., 1989).

Relația *stresului* cu apariția cancerului este controversată. Există observații numeroase care sugerează că stresul provocat de traumele vieții, (în special suferința produsă de o pierdere importantă) este precursor al apariției cancerului. Demonstrarea științifică întâmpină însă o serie de dificultăți metodologice. Greene, 1956 a semnalat asaltul unei malignități hematologice după pierderi majore, la copii și adulți tineri. Jacobs, Charles, 1989 au relevat că pierderile din copilărie preced apariția cancerului.

Probabil, nu evenimentul a inițiat neoplasmul care este posibil să fi apărut cu luni sau ani în urmă, însă starea de suferință emoțională produsă de o pierdere importantă ar putea fi un promotor al creșterii tumorale, după inițiere. Cercetătorii au evidențiat o cale posibilă prin care o stare de supărare profundă în perioada de doliu sau după o altă pierdere importantă își poate exercita acțiunea. Ei au înregistrat activitatea celulelor - NK și subpopulațiile celulelor T, la persoane aflate în astfel de situații, în comparație cu un lot martor. Persoanele cu cele mai accentuate simptome de depresie au prezentat cea mai redusă activitate a celulelor - NK și

schimbări în rația de celule - helper T, până la suprimarea celulelor T (Holland J., Rowland J.H., 1989).

Hu și Silberfab, 1988, făcând o trecere în revistă a studiilor privind relația între stresul provocat de evenimentele vieții (pierderea unei persoane apropiate) și apariția cancerului au relevat că 7 dintre acestea au stabilit o corelație pozitivă, iar 9 una negativă. Cooper, 1989 subliniază un aspect foarte important și anume, că este posibil ca evenimentul vieții, în sine, să nu fie atât de nociv, cât semnificația pe care el o are pentru individ. În aceeași direcție sunt orientate și studiile care subliniază o serie de caracteristici de personalitate ce pot acționa ca un tampon în raport cu stresul și pot preveni simptomele și bolile asociate stresului. Maddi și Kobasa, 1984 au relevat faptul că personalitatea „rezistentă”, caracterizată prin faptul că privește stresul ca pe o schimbare și încearcă să ia sub control situația, prin angajare, au avut mai puține suferințe psihice decât cei fără aceste însușiri.

Concluzii

Există destule argumente că factorii psihosociali și comportamentali joacă un rol în riscul și progresia cancerului, în primul rând, prin influențarea comportamentelor care duc la expunerea la carcinogenii din mediu (expunerea la soare, fumat, obiceiuri personale, expunere la mediul ocupațional). Predispoziția la cancer a unui anumit stil de personalitate - stabilit pe baza relatărilor retrospective - rămâne o problemă discutabilă. Însă tipul C de personalitate descris este explorat în continuare ca o posibilă variabilă de influență asupra riscului de apariție a cancerului și progresiei acestuia. Dar și în acest caz există date contradictorii asupra posibilității de influențare a progresiei tumorale de către acești factori de personalitate, în absența legăturii lor cu comportamentul.

În prezent există un mare interes pentru studiul potențiale contribuții personale la boala și controlul ei, mai ales în lumina rezultatelor obținute în legătură cu influențele strârilor psihologice asupra sistemului imunologic, precum și cu reglarea funcției imunitare pe cale hormonală și prin neuropeptidele mediate prin sistemul nervos central.

IMPACTUL DIAGNOSTICULUI, BOLII ȘI TRATAMENTULUI ASUPRA FUNCȚIONĂRII PSIHOLOGICE ȘI NEUROPSIHOLOGICE

Cancerul continuă să fie considerat o boală mai serioasă decât oricare alta.

Apariția bolii determină noi solicitări, operează importante și inerente modificări în starea sufletească a bolnavului; descoperirea iluzorie, se teme că va fi stigmatizat, că va muri în chinuri, părăsit; sau, se simte vinovat pentru greutățile și suferințele pe care le va provoca celor apropiați.

Odată cu utilizarea unor tehnici agresive de tratament a crescut durata de supraviețuire în cancer. Au apărut în schimb noi solicitări la care bolnavul trebuie să se adapteze psihologic. Se apreciază că 40-60% din suferințele emoționale trăite de pacienții cu cancer, pot fi atribuite aspectelor medicale și legate de tratament mai mult decât bolii însăși..

Bolnavii oncologici, așadar, au de făcut față acestor două probleme dificile diagnosticului de cancer - ideii că suferă de o boală care le amenință viața, pe de o parte și tratamentelor, uneori greu de suportat, pe de altă parte. Ei dovedesc adesea că pot îndura mult, în special când cred în curabilitate. De fapt, un studiu recent, arată că pacienții cu cancer sunt dispuși să accepte un tratament radical cu șanse minime de ajutor, mult mai mult decât pacienții cu alte boli.

Nu putem afirma, totuși, că suferințele emoționale sunt la fel de intense sau că tulburările psihice sunt inevitabile. Răspunsurile bolnavilor la aceste probleme potențial traumatizante variază semnificativ, influențând adaptarea.

Într-un studiu care urmărea prevalența tulburărilor psihice, în timpul tratamentului, pe un lot de 215 pacienți din trei centre, Derogatis a găsit:

- 53% - pacienți cu adaptare adecvată
- 47% - pacienți cu depresie și anxietate reactivă, din care:
 - 13% - depresie severă

În ultimul timp, s-au făcut eforturi considerabil pentru determinarea prevalenței unor tulburări psihice și unor posibile efecte secundare neuropsihologice ale radioterapiei și chimioterapiei.

În general, interesul asupra impactului pe care diagnosticul de cancer și tratamentul îl au asupra adaptării psihologice și funcționării neuropsihologice, a atins un nivel înalt. Pe măsură este și efortul pentru găsirea celor mai adecvate mijloace de intervenție psihosocială și de evaluare a efectelor pe care acestea le au asupra stării psihice a pacientului, adaptării la tratament, cursului bolii, duratei de supraviețuire.

Deoarece în prezent există în ceea ce privește boala canceroasă un potențial terapeutic și implicit de supraviețuire mai ridicat, se acordă din ce în ce mai multă atenție creșterii calității vieții bolnavilor odată cu ameliorarea stării lor emoționale.

Privire de ansamblu

Tabloul stărilor psihice care acompaniază boala canceroasă este dominat de incertitudine, teama, frica: de boală, de recidivă, de suferință, de moarte.

Frecvent, bolnavul este invadat de nesiguranță, confuzie în legătură cu ce va face ce-i rezervă viitorul; se simte devastat, pustit.

Cele mai frecvente tulburări psihice în cazul bolnavului de cancer, sunt anxietatea și depresia.

Anxietatea este mai accentuată în timpul perioadelor de mare importanță pentru bolnav: când se stabilește diagnosticul, începutul tratamentului, când

se așteaptă rezultatele diverselor investigații dar și în cazul în care planul de tratament este schimbat sau întrerupt.

În cazul bolnavilor de cancer, există o relație complexă a anxietății (trăită frecvent ca o tensiune în creștere, asociată cu simțământul apăsător al unei nenorociri iminente) atât cu boala cât și cu tratamentul. Simptomele anxietății se pot asocia cu anorexia, greața, voma, diareea, oboseala și insomnia, toate fiind greu de deosebit de efectele secundare pe care terapia cu citostatice le poate produce. Pe de altă parte, diverse disfuncții biologice prezente la acești bolnavi, sau medicația care li se administrează pot de asemenea produce anxietate.

Depresia, al cărui diagnostic se stabilește ținând seama și de semnele somatice - oboseala, anorexia, scăderea în greutate - care în cancer pot fi deopotrivă consecințele tratamentului, trebuie evaluată mai ales pe baza prezenței stărilor disforice, senzației lipsei de ajutor/speranță, simțământului de vinovăție și apreciere de sine redusă.

Pacienții cu riscul cel mai mare pentru depresie sunt și cei în stadiu avansat, cei cu o capacitate slabă de a desfășura o activitate, cei cu boli psihiatrice anterioare îmbolnăvirii și cei cărora nu li se pot controla satisfăcător simptomele majore.

Deși anxietatea și depresia sunt, în general, stările dominante, în diferitele momente, reacțiile pot fluctua între euforie și disperare, suprem optimism în legătură cu tratamentul și pesimism privind rezultatul lui.

Imediat ce-și recapătă un oarecare echilibru după eforturile de a face față solicitărilor strict medicale de operație, radioterapie, chimioterapie, pacienții pot avea de depășit o multitudine de probleme psihosociale.

Depresia și anxietatea par a avea o incidență crescută și în perioada post terapeutică. Cauza poate fi frica de a avea o boală pe care o consideră îngrozitoare; dar alte lucruri pot contribui la persistența stărilor de depresie/anxietate sau pot rezulta din aceste stări. Sunt incluse în această categorie problemele legate de imaginea corporală, disfuncțiile sexuale, frica de recidivă sau metastază, durerea.

Durerea este o problemă cu care se confruntă mulți bolnavi de cancer mai ales cei cu metastaze (20-30%) și cei aflați în stadiul terminal al bolii (66-80%).

Aspecte legate de diagnostic

Din cauza fricii de cancer, subestimării ratelor de supraviețuire și supradimensionării caracterului mortal atribuit bolii în rândul populației, prima bănuială, descoperirea unei excrescente sau altor simptome crează anxietate și pesimism.

Frica de cancer poate duce la amânarea prezentării la medic.

Negarea ca reacție posibilă, în acest moment, poate fi un mecanism protector din punct de vedere psihic, dar dăunător prin consecințele sale biologice, atunci când are drept urmare amânarea tratamentului.

Intervalul de timp de la depistarea unor "semne îngrijorătoare" când apare suspiciunea de cancer și până la confirmarea sa, prin diverse investigații este (posibil) cea mai stresantă parte din toată experiența trăită de pacient în raport cu boala sa. În această perioadă, de așteptare a rezultatelor, cei mai mulți pacienți sunt speriați, neliniștiți; pot să apară deteriorări ale capacității de concentrare și de cogniție precum și cote înalte de anxietate.

Reacțiile pacienților la aflarea diagnosticului sunt foarte variate. Pentru unii, diagnosticul de cancer reprezintă o catastrofă emoțională; produce un șoc. Pentru alții este o greutate în plus, un obstacol pe care trebuie să-l depășească ca și pe celelalte multe dificultăți și nedreptăți apărute în viața lor.

Diversitatea atitudinilor poate fi explicată prin intervenția unor variabile: strategiile individuale de reacție la situațiile noi, dificile (stil de coping) și trăsăturile personalității premorbide a pacientului dar și iscusința personalului medical, în special a medicului, de a comunica cu bolnavul. Un rol aparte îl pot avea factorii legați de disponibilitatea unui suport social și/sau familial.

Impactul tratamentului asupra psihicului

Tratamentul cancerului este complex, el include tratamentul chirurgical, radioterapia, chimioterapia. De cele mai multe ori pacientul le urmează pe toate trei. Uneori urmează și alte tratamente specializate.

Operația

Aproape toți pacienții care urmează să fie operați sunt anxioși. Unele persoane au fobii de anestezie sau de operație și frica de sală de operație.

Pregătirea psihologică pentru operație, folosind unele tehnici comportamentale (îndeosebi relaxarea musculară progresivă) și, după caz terapie cognitivă, de cele mai multe ori diminuează starea de anxietate. S-a constatat că acest lucru, deosebit de important pentru bolnavul care trebuie să treacă printr-o astfel de experiență, are și unele rezultate benefice postoperatorii: reducerea durerii, mai puține complicații, spitalizare mai scurtă (L. Fallowfield, 1992).

Imediat după operație, preocupați de reechilibrarea din punct de vedere fizic, bolnavii nu mai au nici timp nici energie psihică pentru a reflecta asupra implicațiilor pe termen lung a ceea ce s-a întâmplat (în special din cei cu actul chirurgical ca prim tratament). Ca urmare, se întâmplă să aibă o senzație de eliberare, uneori chiar o stare euforică. Bolnavul odată întors acasă însă, cu toate că se poate simți mai bine fizic, se poate simți mai rău, psihic. Temerile privind tratamentele care vor urma, rezultatul lor, frica de recidivă îl pot asalta.

Un caz special îl prezintă femeile cu cancer al sânelui diagnosticat prin examen histopatologic intraoperator, pentru care mamectomia nu era prevăzută cu certitudine. Cele mai multe când își revin după anestezie,

reacționează ca în stare de șoc, cu hohote de plâns, agitație; pot dezvolta depresie cu numeroase semne somatice asociate.

Asistența psihologică este imperios necesară în asemenea momente. Pacienta trebuie ajutată să găsească cea mai eficientă cale pentru a face față situației, pentru a se echilibra emoțional; acest lucru, important în recuperarea postoperatorie, este esențial pentru adaptarea psihică la tratamentul pe care îl va urma.

În cazul bolnavelor cu cancer al sânuului operat, pentru care planul de tratament postoperator se stabilește în funcție de rezultatul analizei care se face piesei operatorii la parafină, perioada de așteptare este stresantă mai ales din cauza multiplelor necunoscute introduse de ele însele în ecuație. Presupuneri în legătură cu numărul ganglionilor axilari invadați și variate scheme de tratament, pronosticuri privind evoluția, cele mai nefericite expectații, temeri, tot felul de informații eronate circulă printre bolnave și familiile lor.

Anxietatea apărută în asemenea situații duce deseori la insomnii, anorexie, stări de slăbiciune care pot îngreuna recuperarea postoperatorie.

Consilierea suportiv-informativă, în grup sau individuală, ajută înțelegerea corectă a unor date privind tratamentul; astfel se reduce starea de stres, bolnavele putând să se adapteze mai bine solicitărilor în această perioadă de așteptare.

Mamectomia, ca formă de tratament în cancerul sânuului determină modificări în imaginea corporală. Toate femeile își simt amenințată feminitatea și aprecierea de sine. Desigur, poate fi mult mai dificil pentru cele tinere pentru care atractivitatea și fertilitatea sunt esențiale, mai ales pentru cele singure, fără partener.

Este evident însă că cele mai multe femei sunt mult mai mult preocupate de faptul că au cancer decât de faptul că și-au pierdut un sân.

Ideea de a pune trauma psihologică în principal pe seama pierderii sânuului nu mai poate fi susținută mult timp. Femeile care își salvează sânul prin operație conservatoare constând în excizia tumorii maligne urmată de radioterapie - deși rezolvă problema imaginii corporale, manifestă totuși deseori tulburări psihice determinate de teama de recidivă și uneori sentimente de vinovăție pentru alegerea făcută. Independent de tipul de operație apare suferința provocată de diagnostic, socotit de cele mai multe bolnave a fi fatal, împreună cu teama că vor fi stigmatizate, evitate și că vor muri în dureri și părăsite.

Radioterapia

Radioterapia este asociată uneori de către pacienți, cu teama că iradierea ar putea fi nocivă. Această teamă se poate accentua la sfârșitul tratamentului când, prin cumulare, posibilele efecte secundare fizice - anorexia, senzația de slăbiciune, iritarea pielii și oboseala - fac ca unii pacienți să se simtă mult mai rău decât atunci când au început tratamentul.

În timpul ședinței de iradiere, mai ales la persoanele anxioase dinaintea îmbolnăvirii, pot apărea pronunțate stări de anxietate.

Chimioterapia

Chimioterapia are cea mai proastă reputație dintre toate tratamentele, din cauza numeroaselor efecte secundare (cele mai frecvente fiind: greața, voma, alopecia), deși ele pot varia în severitate de la individ la individ și într-un oarecare grad și în funcție de medicamente și calea de administrare.

Necesitatea de a urma tratament citostatic adăugată la trauma diagnosticului de cancer crează alte suferințe psihologice.

Există dovezi că anumite medicamente din cele utilizate în chimioterapie afectează starea sufletească, dispoziția și funcțiile cognitive; totuși aceste efecte pot fi datorate la fel de mult extenuării psihice cât și efectului direct biochimic asupra creierului (Silberfab 1980).

De asemenea unii pacienți se pot confrunta cu situația în care constată că le-a scăzut semnificativ numărul de celule albe (ceea ce determină reducerea rezistenței organismului la infecții). Această scădere este un efect secundar al citostaticelor.

În afara efectelor secundare fizice, chimioterapia produce o serie de efecte secundare psihologice care sunt, din păcate, neglijate.

Problemele psihologice în legătură cu chimioterapia

Maguire atrăgea atenția asupra faptului că "personalul care acordă îngrijire bolnavilor, adesea trece cu vederea problemele psihologice ale acestora; suferința psihică este acceptată în loc să fie sistematic evaluată; personalul medical așteaptă ca pacientul să solicite ajutor psihologic".

Pacientul însă, deseori nu îndrăznește să lase din rolul de "pacient bun" și ca urmare, nu vorbește despre dificultatea cu care face față tratamentului.

Este necesară o mai atentă urmărire a acestor greutăți suplimentare pe care chimioterapia le aduce unui bolnav care deja își simțise amenințat confortul, echilibrul emoțional, rolul social, planurile de viitor, viața însăși, la aflarea diagnosticului. Este importantă cunoașterea tulburărilor pe care efectele secundare le pot produce în activitatea cognitivă, emoțională și fizică a pacientului, afectându-i capacitatea de a lucra în meserie sau în casă, de a se angaja în activități sociale.

Identificarea acestor factori de stres major ar trebui să fie prioritară în acțiunile de asistență și de ajutorare a bolnavilor. Intervențiile practice adecvate, de conciliere și psihoterapie, pot să reducă disfuncțiile emoționale, psihologice care apar în general sub următoarele forme:

1) - Frică și suspiciune înainte de începerea primei cure

Sunt determinate de istorioarele înspăimântătoare despre chimioterapie, rămase din anii din urmă, când efectele secundare nu puteau fi ținute sub control (gama antiemetice era restrânsă).

2) - Incertitudine și anxietate, depresie

La nesiguranță, preocuparea în legătură cu neprevăzutul bolii, unii pacienți adaugă o grijă, frică suplimentară și anume, că tratamentul prin el însuși are efecte toxice care trebuie monitorizate cu grijă. Aceste temeri pot crea o stare depresivă și o permanentă frică de tratament.

Depresia poate influența somnul și determina starea fizică de oboseală. Oboseala poate fi resimțită ca și cum ar domina starea generală a persoanei făcând dificilă stimularea emoțiilor pozitive sau întreprinderea unor activități.

3) - Dispoziții, stări sufletești oscilante

De cele mai multe ori, trecând prin stresul tratamentului, este suficient ca să apară o stare de suferință, tristețe. Se întâmplă însă ca pacienții să declare că "nu mai au control asupra propriilor emoții", că li se întâmplă să plângă din lucruri mărunte, după care trec la cealaltă extremă, cu o stare sufletească mai bună, când se simt chiar euforici fără un motiv evident. De exemplu prednisonul și dexametazonul, antiemetice folosite adesea, pot determina aceste neobișnuite "stări de bine" urmate de inexplicabile "stări de bine" urmate de inexplicabile "stări de cădere" care pot deveni depresie, cu simptomele ei: stare "proastă", tristețe, incapacitate de a se mai bucura de lucrurile care înainte îi făceau plăcere, tulburări de alimentație și somn.

4) - Irritabilitate

Pacienții apreciază ei înșiși că se pot simți frustrați și descurajați mult mai ușor decât de obicei și că tolerează mult mai greu decât de obicei frustrațiile. Este o formă de reacție la stresul fizic și emoțional.

5) - Dificultăți de concentrare și cognitive, în timpul tratamentului

Unele persoane spun că au greutate în a-și aminti ceva sau că nu se pot concentra să citească un ziar/carte sau să lucreze. Întrucât aceste simptome pot fi subtile, fie nu sunt observate, fie sunt puse pe seama modificărilor psihologice-depresiei, anxietății.

Se pare însă, că unii agenți chimioterapeutici în special în doze mari, afectează temporar capacitatea de gândire. Acest lucru încă nu este bine lămurit; sunt necesare noi studii. Există un domeniu separat de cercetare care se adresează impactului pe care îl are cancerul și tratamentul acestuia, asupra funcționării cognitive la adulți și copii (Massie M.J., Holland J.C., 1983).

6) - Efectele secundare psihologice asociate chimioterapiei

Efectele secundare fizice (în special greața și voma) pot determina perturbări serioase în funcționarea zilnică și pot contribui la prezența și severitatea depresiei și anxietății.

În prezent există o varietate de medicamente care permit un mai bun control antiemetic.

Este bine ca acest control să înceapă odată cu prima administrare de citostatice decât să fie lăsat pacientul să aibă o experiență negativă care să favorizeze dezvoltarea senzațiilor de greață/vomă, anticipatorii.

De asemenea este important felul în care îi sunt explicate pacientului aceste efecte secundare. Unii nu sunt de acord să se dea explicații, socotind că tocmai ele "pregătesc" pacienții pentru toxicitatea gastrointestinală.

Numeroase studii au arătat însă că pacienții care se așteaptă să aibă greață și vomă au mai mari șanse să trăiască această experiență decât cei care cunoscând riscul, cred că ei nu vor avea aceste dificultăți (Redd W.H., 1989).

O informare corectă (care să anihileze zvonurile care circulă printre bolnavi și crează cele mai sumbre așteptări), dublată de o pregătire psihologică adecvată pot avea consecințe benefice pentru pacient.

Cu toate intervențiile - farmacologice și psihologice - aproximativ 45% din pacienții cu cancer (adulți) vor dezvolta senzația de greață și/sau vomă, cu 24 ore înainte de chimioterapie (Burish T.G., Carey M.P., 1986).

Răspunsul anticipat este un sindrom condiționat, (format prin reflex condiționat clasic), la o serie de stimuli asociați tratamentului (olfactivi, vizuali, ș.a.). Această condiționare poate fi atât de puternică încât, simplu gând al pacientului că va merge la spital sau vederea unei seringi sau mirosul de spirt/parfum (al asistentei) sunt suficiente pentru a produce greața/voma. Aceste efecte secundare psihologice ale chimioterapiei pot persista și după terminarea tratamentului, mulți ani. Efectele secundare psihice anticipatorii sunt puternic asociate cu intensitatea și durata grețurilor și vomei apărute imediat după administrarea citostaticelor și se corelează pozitiv cu nivelul de anxietate.

Cel mai eficient control al răspunsului condiționat anticipat poate fi realizat prin tehnicile de psihoterapie comportamentală.

Acest tip de intervenție este de ajutor multor pacienți și trebuie considerată partea integrantă a unei abordări complete a controlului grețurilor și vomei, ca efecte secundare ale chimioterapiei.

7) - Complexul "Nu mai sunt eu însumi"

Unele schimbări în aspectul persoanei, determinate de căderea părului, paloare, creșterea sau scăderea în greutate, senzația lipsei de energie, contribuie la apariția acestui complex care poate fi devastator prin faptul că dezvăluie lumii că urmează tratament pentru cancer. El poate determina de asemenea semnificative schimbări în propria imagine despre sine, stima de sine.

Terapiile cognitiv comportamentale care au ca scop promovarea unei gândiri pozitive, în particular încurajarea aprecierii de sine, pot ajuta bolnavul care se confruntă cu astfel de probleme.

8) - Impactul psihologic al schimbărilor în funcțiile sexuale

Efectele chimioterapiei asupra sexualității pacientului includ modificări privind fertilitatea, libidoul și funcționarea sexuală. Ele pot crea importante suferințe psihice.

Informarea privind aceste potențiale probleme și discutarea lor trebuie făcută într-un fel în care pacientul să se simtă confortabil. Poate fi nevoie, după caz, de psihoterapie.

REAȚIE ȘI ADAPTARE PSIHOLOGICĂ LA CANCER ȘI TRATAMENT

Impactul pe care diagnosticul de cancer, boala și tratamentul îl au asupra stării emoționale a pacienților variază foarte mult în intensitate și comple-

xitate de la bolnav la bolnav. Este o experiență subiectivă dar cu multiple modificări dinamice în însăși starea psihică a fiecărui pacient în diferite momente ale bolii.

În prezent însă, aspectele psihopatologice și legătura lor cu personalitatea premorbidă nu mai sunt subiecte prioritare de cercetare. Atenția se îndreaptă îndeosebi asupra analizei și înțelegerii valorii "adaptative" a unor reacții ale bolnavului în raport cu boala și asupra găsirii celor mai eficiente metode de intervenție psiho-socială pentru ameliorarea adaptării psihologice și creșterea calității vieții pacientului.

Cancerul este o sursă de stres major pentru toți bolnavii, deși este trăit emoțional diferit. Este foarte important să se înțeleagă natura stresului diagnosticului de cancer înainte de a urmări reacția la acest stres.

Stresul, în contextul bolii canceroase, este multideterminat. Pe de o parte, este boala percepută deseori ca o amenințare pentru integritatea, viața individului (cu unele diferențe în funcție de diagnostic), tratamentul de lungă durată și greu de suportat și, pe de altă parte, sunt problemele preexistente și cele apărute odată cu boala, cărora individul trebuie să le facă față. În această situație, dacă resursele psihologice proprii și/sau cele de suport psihosocial sunt reduse, stresul se amplifică iar adaptarea psihologică a bolnavului la situația dată este greu de realizat.

Starea psihologică a unui bolnav, la un moment dat, este rezultatul interacțiunii și echilibrării delicate a unor condiții, solicitări particulare care îi vor influența reacția și, în final, adaptarea.

J.C. Holland (1987) a grupat aceste condiții variabile în trei categorii:

Probleme fundamentale în adaptarea psihologică la cancer

1. Contextul socio-cultural	- atitudinile sociale, ideile, concepțiile culturii respective despre cancer; pot afecta modul ● cum sunt tratați pacienții și familiile lor ● cum se văd pacienții pe ei înșiși, boala, viitorul
2. Contextul medical	- date clinice: stadiul și evoluția clinică, localizare, natura disfuncțiilor și simptomele produse; - tratamente; - opțiuni de recuperare; - suport psihologic din parte personalului de îngrijire.
3. Contextul psihologic	- momentul din viață (biologic și sub aspectul responsabilităților personale și sociale); - resurse intrapersonale: stilul de reacție la stres (coping), defensele, personalitatea premorbidă, concepțiile, ideile despre boală, legăturile anterioare cu cancerul; - resurse interpersonale: natura și disponibilitatea suportului social: familie, prieteni, colegi, grupuri afiliate.

Contextul socio-cultural

Contextul socio-cultural are influență asupra felului în care își privesc bolnavii diagnosticul și boala. La noi, informarea publicului este redusă-inclusiv a populației cu risc crescut în legătură cu cancerul (factori de risc, căi de prevenire, importanța depistării precoce, posibilități actuale de tratament, etc.). Ca urmare, foarte mulți oameni încă consideră cancerul o boală incurabilă, iar unii se tem că este contagioasă. Reacția la aflarea diagnosticului, atitudinea de neîncredere față de curabilitatea tratamentului poartă amprenta acestor concepții. În plus, ea poate crea dificultăți de reintegrare în societate. Unii bolnavi sunt dezorientați, nu știu cum ar fi mai bine să se comporte, cum să spună sau să ascundă o realitate care le poate modifica (după părerea lor) imaginea în fața oamenilor, relațiile sociale, situația la locul de muncă.

Este problema la care pot reacționa foarte diferit, uneori straniu, cu consecințe în planul trăirilor emoționale și nu numai. O bolnavă își amână operația când întâlnește în secția de chirurgie o consăteancă, de teamă că aceasta va răspândi vestea că are cancer în tot târgul și își va pierde serviciul. O alta se simte agresată și imobilizată de ochiul scrutător și compasiunea exprimată de o colegă care bănuiește că i s-a făcut mamectomie. O persoană cu o funcție de conducere la o firmă importantă, după mamectomie, decide că trebuie să se retragă din funcție motivând că știe cum gândesc oamenii, iar discrepanța dintre statutul și starea ei va submina puterea deciziilor pe care trebuie să le ia la locul de muncă. Neexcluzând posibilitatea schimbării imaginii de sine în acest caz, fără o cauză din exterior, problema informării corecte a populației rămâne aceeași, păstrându-și caracterul de necesitate stringentă. Efectele benefice pe care le poate avea informarea prin mijloace mass-media atât în prevenția cancerului cât și în adaptarea psihologică la diagnosticul de cancer sunt argumentele de bază pentru demararea unor programe în această direcție.

Contextul medical

Diagnosticul de cancer cuprinde numeroase localizări, mai multe stadii ale bolii, diverse tratamente cu evoluții și prognosticuri diferite. Este o mare diferență între problemele cu care se confruntă și trebuie să le facă față o bolnavă cu leziune in situ la colul uterin față de alta, cu o tumoră invazivă, cu posibile metastaze la col. În acest ultim caz este vorba de un stres particular, asociat diagnosticului care poate influența reacția la problemele cu care se confruntă, implicit starea psihică. Cu toate acestea, se întâlnesc în clinică bolnavi cu tumori în stadiu incipient și localizare cunoscută a avea șanse mari de vindecare, care reacționează cu neîncredere față de eficacitatea tratamentului, prin stare depresivă și senzație de neputință și lipsă de speranță, în timp ce bolnavi cu prognostic mai puțin bun se angajează în luptă cu boala, iar între curele terapeutice se străduiesc să ducă o viață cât mai apropiată de cea dinaintea îmbolnăvirii.

Contextul psihologic

Ideile, concepțiile despre cancer, resursele psihologice și cele suportive, momentul în care apare boala, situația familială, stilul de reacție în situații dificile, personalitatea sunt elemente care pot explica diferențele de reacție în impactul cu boala.

La orice vârstă, în orice moment al vieții, apariția cancerului are un impact asupra percepției propriiei persoane și a mediului înconjurător și produce un dezechilibru în activitate, în relațiile interpersonale, crează probleme existențiale, afectează integritatea, imaginea corporală și sexuală. La acestea, de cele mai multe ori, se adaugă un stres special, produs de perturbarea, amenințarea sau întreruperea unor responsabilități, planuri, resurse.

O tânără de 33 de ani (fără părinți, frați) se confruntă după mamectomie cu certitudinea că proiectata căsătorie nu va mai avea loc iar dorința ei de a avea copii nu va mai fi împlinită vreodată...O mamă care își crește singură copiii minori trebuie să-i lase să se descurce singuri în absența ei...O persoană (47 de ani) care primise o ofertă de promovare profesională, după mamectomie este convinsă că trebuie să se pensioneze...O persoană în vârstă trebuie să se descurce singură, inclusiv cu greutățile financiare...Reacțiile, mai ales la aflarea diagnosticului, sunt influențate în mare parte de starea psihică creată de acest tip de probleme.

Aprecierile, evaluările, ideile bolnavului privind cancerul apar deseori în urma unei experiențe anterioare nefericite cu cancerul și au repercursiuni asupra comportamentului, atitudinii față de propria boală. Când își exprimă neîncrederea că se pot face bine, bolnavii se referă deseori la cazuri de cancer (rude, prieteni) care au sfârșit într-un mod nefericit. Suportul psihologic, demontarea prin stabilirea diferențelor între cazuri a ansamblului de gânduri negative, pot ajuta bolnavul să privească din alt unghi propria-i boală.

Înțelegerea ideilor, sensurilor acordate bolii, constituie o dimensiune importantă pentru înțelegerea comportamentului în boală. Lipowski enumeră cele mai tipice sensuri acordate bolii: boala ca provocare căreia trebuie să-i faci față, inamic sau pedeapsă, slăbiciune, ușurare, pierdere irecuperabilă sau pericol.

Se întâmplă ca bolnavul să capete încredere în tratament când cunoaște pe cineva care se simte bine, după mulți ani de la operație, își duce viața normal, este vindecat. Prezentarea pe care o poate face acesta despre propria experiență, dezvăluirea propriilor temeri, a luptelor și a victoriilor sale, pot avea un efect benefic asupra bolnavilor. Discuțiile pe care acești "veterani" le pot avea cu bolnavii vizitându-i în spital pot constitui o formă de suport social important.

Absența suportului social (familie, rude, grupuri suportive) constituie o sursă importantă de stres pentru bolnavul de cancer. Bolnavii noștri fără familie care să-i susțină sunt într-o situație pe care o trăiesc ca fiind fără ieșire (la noi neexistând încă o rețea organizată pentru suportul psiho-social al bolnavilor de cancer). Mulți bolnavi au mari greutăți și nici un fel de ajutor. Dimpotrivă, au mari responsabilități fie față de părinți în vârstă bolnavi, fie

față de copii. Apreciindu-se că suportul social poate reduce sau poate avea rol de tampon față de impactul negativ al bolii, el trebuie recunoscut ca formă de ajutor al pacientului în fața bolii (S.Cohen, T.A.Wills, 1985; Thoits, 1986).

Credințele, atitudinile, activitățile religioase pot avea un impact pozitiv asupra răspunsului la o boală serioasă cum este cancerul, la solicitările multiple apărute. În general, ele alcătuiesc o strategie importantă de menținere a echilibrului psihologic în raport cu stresul provocat de boală și de diminuare a anxietății. Pentru bolnavii noștri, credința în Dumnezeu a fost și rămâne o formă importantă de suport și sursă de speranță.

Speranța, în esență un mod de a trăi, o poziție personală în fața vieții, încredere în viață, are ea însăși importante implicații în situația de boală.

Resursele personale, forța interioară, stilul de reacție (coping) sunt importante pentru strategia adoptată și comportamentele bolnavului în confruntarea cu boala.

Odată cu diagnosticul unei boli cum este cancerul, la care se adaugă de cele mai multe ori și surse de stres suplimentar, pacientul se confruntă cu solicitări dificile și neobișnuite, care uneori îi depășesc posibilitățile, resursele. El se află într-o situație care solicită noi strategii de acțiune ca răspuns la situația dată. Copingul, reacția individului, poate fi eficient-ducând la adaptarea psihologică-sau ineficient-producând tulburări în starea lui psihică. Situația poate fi uneori atât de greu de suportat încât pacientul răspunde defensiv (mecanism psihologic de apărare) prin evitare sau negare. Negarea poate fi protectivă în faza inițială de adaptare la boală dar trebuie descurajată când interferează cu tratamentul sau cu deciziile familiei în alte etape ale bolii.

Weisman și Worden au afirmat că cele mai eficiente strategii de coping duc la o acceptare deschisă a diagnosticului de cancer (fără obsesia bolii), urmate de strategiile care constau într-o acțiune fermă, bazată pe înțelegerea situației-problemă (caută mai multe informații, solicită sfatul specialistului și consimte). Cel mai puțin eficiente strategii au fost apreciate a fi cele de retragere, evitare, pasivitate, cedare, apatie (încearcă să uite, se supune și acceptă inevitabilul, se izolează social).

Răspunsurile la diagnosticul de cancer pot fi integrate într-o serie de categorii clar conturate. Morris (1977) stabilea cinci grupuri de reacții pentru pacientele cu cancer al sânului:

- negare: respinge evidența, pare reținută în a se angaja într-o discuție detaliată despre cancer;
- spiritul luptător: atitudine pozitivă, luptătoare cu tendință de a solicita cât mai multe informații despre diagnostic și tratament;
- acceptarea stoică: primește diagnosticul și apoi tratamentul cu detașare, urmează curele prescrise oricare ar fi acestea ("ce va fi, va fi");
- acceptare anxios-depresivă: tinde să privească totul cu pesimism;
- neajutorare, fără speranță: are senzația că nimic nu o mai poate ajuta și nu mai poate spera nimic, vede viitorul cu extrem pesimism; disfuncții serioase în relațiile sociale.

Este posibil ca furnizarea unor informații clare, exacte, oferite cu sensibilitate, fără grabă, să-l ajute pe pacient să primească vestea și să găsească ceva care să-i dea speranță. Acest lucru trebuie făcut cu grijă în cazul pacientului care reacționează prin negare.

Este răspândită ideea că informarea pacientului privind diagnosticul îl poate ajuta să-și asume un rol activ în luarea deciziilor, deci să mențină un anumit control asupra situației stresante, realizând astfel o mai bună adaptare. Opiniile privind creșterea autonomiei pacienților prin participarea la luarea deciziilor a fost îmbrățișată de mulți, socotindu-se că este soluția ideală și dezirabilă. În raport cu acest mod de abordare, lucrurile nu sunt atât de simple. Au apărut o multitudine de probleme psihologice, mai ales în situația în care nu există un consens între medicii înșiși în legătură cu cea mai eficientă cale de tratament și pacientul este solicitat să opteze (ex.: între diferite strategii chirurgicale, etc.).

Uneori, pacientul se luptă cu frica de diagnostic. Supraîncărcarea cu informații care prin ele însele îi produc anxietate poate compromite capacitatea de a lua o decizie. Este bine de știut câte informații dorește și câte poate să primească. Nu toți pacienții doresc informații amănunțite, unii au nevoie doar de încurajări. Al fi însă o eroare să se creadă că toți pacienții acordă medicului încredere, consimțind necondiționat și neinformați. Eroarea generală constă în dorința de a sistematiza cu orice preț o atitudine privind comunicarea diagnosticului de cancer, amănunte privind tratamentul. Atitudinea nu poate fi conturată decât pe baza unei conversații bazată pe empatie cu fiecare bolnav. Obiectivul trebuie să fie acela de a-l ajuta să găsească răspunsul eficient pentru a se adapta la situație. Adevărata autonomie și respectul pentru bolnav ar trebui să țină cont și de dorința unora de a declina responsabilitatea medicului său. Lesley Fallowfield o numește "autonomie psihologică", ceea ce înseamnă că pacientul informat optează de a nu lua el însuși o decizie ci medicul său.

La noi sunt necesare studii pentru stabilirea tipului de informații pe care pacienții noștri le doresc și cât de dornici sunt să participe la luarea deciziilor. Numai prin cunoașterea adevăratelor dorințe ale bolnavilor putem proiecta un program de suport informațional al pacienților. În această etapă însă, este imperios necesară ameliorarea educației pacienților în probleme generale privind tratamentul, efectele secundare, pentru a înlătura confuzia, informațiile eronate și reținerea pacienților de a pune întrebări. Informațiile, consilierea, sunt foarte necesare, mai ales în timpul chimioterapiei, pentru a ajuta adaptarea la acest tratament dificil. Tipărirea unor broșuri care să conțină lămurirea unor termeni, explicarea unor proceduri terapeutice, posibilele efecte secundare, indicații privind modul de viață, dieta, exerciții fizice, posibilele contraindicații, etc. - pot diminua incertitudinea și stresul determinat de aceasta, neliniștea, dezorientarea.

Strategiile de reacție (coping) influențează adaptarea psihologică a pacientului în fiecare etapă a tratamentului.

Penman a identificat, imediat după mamectomie, un mănunchi de comportamente, strategii de coping, considerate a fi cele mai eficiente în

adaptarea la cancerul sânelui: "o atitudine particulară" față de problemele apărute odată cu diagnosticul și operația, o strategie de "confruntare", de abordare directă a situației. El a constatat că persoanele care au adoptat o strategie de evitare sau capitulare sunt mai triste, suferința lor emoțională este mai accentuată după mamectomie. În plus, cele care simt că au control asupra evenimentelor, asumându-și un rol activ în activitatea de recuperare, se adaptează mai bine decât cele cu idei pesimiste-care declară că și-au pierdut speranța.

Consecințele de ordin psiho-social ale bolii și tratamentului în cancerul sânelui se apreciază a fi:

- disconfortul psihic (anxietate, depresie, mânie);
- schimbări în modul de viață (consecința disconfortului fizic, perturbărilor maritale sau sexuale, diminuării activității);
- frica, temerile și preocupările privind mamectomia și recidiva.

Aceste aspecte variază însă foarte mult în funcție de personalitatea premorbidă, de stilul de reacție. O pacientă, medic, la câteva zile după mamectomie, se duce să-și vadă proprii bolnavi în spitalul unde lucrează, considerând că ea nu are timp să-și întrerupă activitatea, în timp ce o altă bolnavă crede că este indicat să se pensioneze medical după o astfel de operație.

Felul în care bolnava abordează problemele și reușește să le facă față au efect asupra adaptării post mamectomie. Desigur, reacția bolnavei este influențată și de alți factori: vârstă, stabilitatea emoțională, prezența și disponibilitatea unui suport interpersonal.

Într-o cercetare efectuată pe un lot de 174 de bolnave cu cancer al sânelui și 64 cu cancer al colului uterin tratate în I.O.B. (1985-1987) s-a constatat (pe baza rezultatelor la testul de personalitate M.M.P.I.) că bolnavele care și-au reluat activitatea au note mult mai scăzute la indicatorii de tulburare psihică decât cele care s-au pensionat și chiar în raport cu cele din lotul martor (selecționate doar după criteriul sănătății din punct de vedere oncologic).

Cercetarea ansamblului de reacții și adaptarea la cancer au relevat că:

- strategiile care stau la baza unui răspuns activ (față de unul pasiv și lipsit de speranță) în comportamentul de rezolvare a problemelor, este cel mai eficient;

- copingul este un proces dinamic, schimbându-se în funcție de circumstanțele și de gândurile pacientului privind supraviețuirea, viitorul, relațiile cu semenii, autoprețuirea, realizarea scopurilor;

- cine dovedește flexibilitate, cine poate să răspundă mai repede la solicitări și schimbări prin dezvoltarea unor strategii, va răspunde mai eficient;

- natura suportului social influențează capacitatea de a face față solicitărilor; suportul social este un determinant puternic al unui răspuns eficient.

Copingul eficient este cel care:

- menține stresul în limite rezonabile;
- menține respectul de sine;

- menține sau restabilește relațiile cu semenii;
- crește posibilitatea de restabilire a funcțiilor organismului;

Există un risc crescut să apară probleme în adoptarea unui coping eficient cu consecințe în planul adaptării, în următoarele situații:

- izolare socială
- statut socio-economic scăzut
- alcool, droguri
- probleme psihiatrice anterioare
- pierderi recente
- obligații multiple
- inflexibilitatea și rigiditatea copingului
- concepții pesimiste despre viață

Obligațiile multiple (în afara bolii), care solicită pacientul emoțional și/sau fizic, îi scad resursele energetice. Forța redusă rămasă, constituie un obstacol pentru unele acțiuni solicitate de tratament, starea psihică se înrăutățește, făcând dificilă adaptarea.

Pierderile recente (deces, etc.) produc tulburări în starea sufletească, perturbând reacția bolnavului față de boală. Mulți vorbesc despre forța, optimismul cu care au înfruntat greutăți multe o viață întreagă. Devastarea sufletească după pierderea suferită au secat resursele necesare pentru rezistența în fața bolii.

Suportul psihosocial este necesar în aceste cazuri, pentru delegarea responsabilităților, acordarea unor resurse, reducerea stresului.

Anumite caracteristici, stări sufletești ale bolnavului, sau situații pot determina sporirea tulburărilor emoționale, îngreunând adoptarea unui coping eficient:

Caracteristici asociate cu creșterea tulburărilor emoționale

- pesimism
- multe regrete
- probleme maritale
- probleme psihiatrice
- anxietate crescută
- forța eului scăzută
- multe evenimente ale vieții (recente)
- eficacitate redusă
- suportul familiei, redus
- cancer în familie
- izolat
- se supune pasiv
- blamează pe alții
- ajutor redus, din partea medicului

Depistarea acestor probleme cât mai devreme și intervenția psihoterapeutică și socială poate reduce riscul de decompensare psihică.

Iată o strategie de intervenție pentru reducerea anxietății propusă de A.Silberfab:

Reducerea anxietății la bolnavii de cancer

- Vezi pacientul la intervale regulate
- Evită liniștirea, încurajarea prematură; în primul rând ascultă pacientul
- Corectează concepțiile greșite despre boală și tratament
- Fii realist și deschis cu pacientul și familia, dar, întotdeauna, acordă sau lasă loc pentru speranță
- Evaluează nevoile familiei și oferă tratament preventiv
- Permite o negare și o regresie rezonabilă
- Fii vigilent în alinarea disconfortului fizic

Uneori anxietatea apare sau se accentuează din cauza anticipării unui rău, unui pericol, fără o bază reală.

Fie din lipsă de informație, fie că are date insuficiente sau greșite (sursă de ambiguitate și incertitudine), fie că este chinat de propriile-i temeri, bolnavul poate intra în starea de derută, agitație, premergătoare momentului catastrofic, așteptat.

În asemenea situații se intervine prin mijloace psihologice, adecvate momentelor de criză.

Este necesară identificarea problemelor sufletești ale bolnavului, zbaterilor apărute din multiple cauze și intervenția prin mijloace psihoterapeutice și de suport social adevărat.

Aceste intervenții, oferind cadrul exprimării emoționale și reducerii stresului produs de multe greutăți cărora bolnavul nu le poate face față singur, îl pot ajuta să reacționeze mai bine la solicitările tratamentului.

Bolnavul care nu reușește să acționeze eficient într-un moment sau altul pe parcursul bolii (nici în direcția diminuării sursei de stres nici în cea a reglării tulburării psihice) are mari dificultăți în adaptarea la boală și tratament. În asemenea situație se accentuează stările de anxietate și depresie care pot determina:

- accentuarea durerii
- dezvoltarea simptomelor anticipatorii (psihice) din chimioterapie (s-a constatat o corelație pozitivă între nivelul de anxietate și dezvoltarea acestor simptome)
- accentuarea efectelor secundare fizice - greața și voma
- accentuarea binecunoscutelor sechele sexuale ale tratamentului din cancer.

Bolnavul de cancer trebuie ajutat să nu cadă în deznădejde (conform modelului C, senzația lipsei de speranță/ajutor, sunt trăsături dominante) și încurajat să-și exprime trăirile, mai ales pe cele negative.

Acest lucru este posibil numai prin crearea unei rețele adevărate de suport psihosocial. Dezideratul ca la sfârșitul tratamentului să fie într-o stare de integritate funcțională și psihică, trebuie să ne fie călăuză în acțiunile pe care le vom întreprinde pentru aceasta.

Recuperarea psiho-funcțională a bolnavilor de cancer în vederea reintegrării lor profesionale, sociale este un lucru foarte important, prin consecințele benefice pe care le poate avea asupra pacientului, această reintegrare.

IMPACTUL FACTORILOR PSIHOLOGICI ASUPRA CURSULUI BOLII, TRATAMENTULUI, SUPRAVIEȚUIRII

Ideea că psihicul, atitudinea mentală pot afecta cursul bolii, că dorința persoanei însăși de a trăi sau muri, în fața unei asemenea lovituri, influențează evoluția, este întâlnită tot mai des în rândul populației și ca temă literară.

Posibila contribuție a factorilor psihologici în influențarea duratei de supraviețuire în cancer este o temă de cercetare de mare interes în ultimii ani, (deși această contribuție este mică, probabil dacă ea există - Fox, 1978).

Rolul factorilor psihologi în influențarea creșterii tumorale a fost de asemenea reexaminat, pe baza legăturilor dintre creier și sistemele imun și endocrin, în cercetări din domeniul psihoneuroimunologiei.

Date privind legătura dintre stres și boală au rezultat dintr-o serie de studii pe animale și oameni. Oricum, stresul produce perturbarea sistemelor endocrin și imun. Acest lucru poate fi mai important într-o localizare tumorală cum este sinul.

Aceste studii, ca și declarațiile unor pacienți care explică importanța propriei lor "dorințe de a trăi" în supraviețuirea în cancer au stimulat interesul pentru posibilele căi de creștere a eficacității sistemului imunitar și implicit a capacității organismului de a controla creșterea tumorală.

De aceea, factorii psihici care pot contribui pe o rută directă influențând mediul intern fiziologic la supraviețuirea în cancer, au captat o mai mare relevanță clinică decât factorii psihologici care pot afecta riscul de apariție al cancerului. Pare în general mai logic să se presupună că un factor de ordin psihic ar putea acționa ca un promotor al diviziunii celulei maligne dintr-o celulă tumorală care deja a fost afectată de un inițiator al unui proces de malignizare celulară.

Privind în acest fel lucrurile, impactul factorilor psihici asupra progresiei tumorale devine un subiect mai rezonabil de studiu. Oricum, timpul scurs de la inițierea procesului neoplazic și creșterea tumorală la un nivel la care să poată fi observată clinic, este cunoscut a fi lung, prin urmare descurajează explicația simplistă a unui eveniment stresant urmat de apariția cancerului. Totuși, rata progresiei tumorale este afectată de numeroase influențe hormonale care ar putea fi perturbate prin stări emoționale puternice, pe axele psihoneuroendocrine. Invers, este la fel de posibil, întrucât hormonii ectopici produși de tumora afectează starea psihică.

Lippman (1985), a propus un model al complicațiilor legături dintre creier și sistemele imun și endocrin prin care emoțiile pot afecta creșterea tumorală.

Există numeroase studii care au stabilit unii factori de personalitate care ar putea influența durata de supraviețuire în cancer.

Weisman (1975), a studiat timpul de supraviețuire la bolnavi cu localizări diferite, aplicând însă un coeficient de supraviețuire care a comparat supraviețuirea observată față de cea așteptată în cazul fiecărei localizări. Supraviețuirea mai mare au avut-o cei cu relații interumane bune, cei care solicită și primesc suport medical și psihologic, cei care recunosc natura bolii lor serioase dar nu sunt depresivi sau furioși. Cei care au trăit mai puțin, aveau relații sociale proaste de multă vreme, multe tulburări psihiatrice, depresie, pesimism, unii dorind să moară.

Un grup de cercetători britanici au sugerat în urma unor studii că supraviețuirea fără recidive este mai mare la femeile cu "spirit luptător" sau cu răspuns psihologic de apărare prin negare față de cele cu acceptare stoică sau cele care se simt lipsite de ajutor și speranță (Greer S., 1975-1985, Pettingalaet, 1985).

Corelații pozitive au fost găsite între supraviețuire și exprimarea emoțiilor negative, într-un grup de femei, studiate din momentul începerii chimioterapiei pentru cancer al sânului în stadiu avansat. Cele cu supraviețuire mai îndelungată (mai mult de 1 an) aveau dar își și exprimau mai mult emoțiile negative, în special mânia, ostilitatea, decât cele care nu se plâneau, erau cooperante (mai puțin de 1 an).

Temoshok (1984), a inițiat o serie de studii urmărind variabilele psihosociale și prognosticul la pacienți cu melanom malign cutanat. Caracteristicile de prognostic cunoscute pentru această localizare sunt: mărimea leziunii și profunzimea invaziei la momentul exciziei. Rezultatul prin urmare, depinde de diagnosticul precoce. Cursul melanomului este extrem de variabil. Dar este cunoscut a fi sensibil la influențele hormonale și imunologice care pot fi afectate, la rândul lor, de starea emoțională. Deci, melanomul se pretează bine prin el însuși, la explorarea unor posibile influențe psiho-sociale.

Temoshok a identificat două variabile legate de prognostic, și anume: comportamentul de amânare, întârziere a consultației și ipoteticul model comportamental tip C. Personalitatea de tip C indică persoana răbdătoare și plăcută cu alții, rareori exprimându-și furia, mânia. Însușirea cheie a tipului C de personalitate descris, - neexprimarea emoțiilor disforice - a fost apreciată, după 18 luni de urmărire, că poate prezice cine a murit sau a făcut recidivă. Mare parte din bolnavii examinați erau depresivi, și cu toate acestea, nici unul nu a declarat o stare afectivă disforică (care în cele mai multe cazuri rezulta din stesurile vieții și era cronică). Își blochează exprimarea emoțiilor și simțământului de pierdere a speranței care este cronic dar mascat. În această serie de studii a fost urmărită și reacția de represie. Pacienții cu melanom și-au reprimat răspunsul la stimuli cutanați. Gradul reprimării acestor răspunsuri i-a diferențiat pe acești pacienți de cei cu boli cardiovasculare (Cassileth Br., 1985). Gradul de reprimare s-a dovedit a contribui la variația semnificativă a progresiei cancerului mamar (Jensen M.R., 1987).

Levy (1985) a oferit un model util de examinare concomitentă a variabilelor psihologice și biologice (în special statusul imun). Acele

paciente la care s-a găsit în timpul mastectomiei un număr mai mare de noduli axilari pozitivi, au dovedit și o "mai bună" adaptare psihologică (măsurată prin redușă exprimare a suferinței psihice) și un nivel mai scăzut al activității celulei natural killer (NK), în comparație cu pacientele cu noduli puțini sau fără noduli invadați. Variația activității celulei NK a fost explicată în corelație cu trei indicatori de suferință psihică profundă: ajustare (aplanare), lipsa suportului social, simptome de oboseală și depresie.

Aceste studii au un interes special întrucât alți autori au constatat că activitatea celulei NK este perturbată în sens negativ la persoane sănătoase fizic dar aflate în stresul examenelor și cu o stare de tristețe provocată de singurătate (studenți mediciști);

De asemenea, prezintă interes pentru că activitatea celulei NK este importantă în răspunsul tumorilor de origine virală.

De curând, a crescut interesul pentru cercetarea efectului posibil al dispoziției sufletești pozitive asupra sistemelor reglatorii cum sunt cele imun și/sau endocrin. Asemenea însușiri pozitive: speranța, optimismul, bucuria, vigoarea, rezistența, tăria au fost asociate în mod curent cu răspunsul la boală. S-a demonstrat că în boala cardiovasculară gradul de optimism prezice complicațiile intraoperatorii și timpul de recuperare la pacienții cu operație bypass. Cei optimiști au semnificativ mai puține complicații și o perioadă de refacere mai scurtă.

Într-o populație cu cancer mamar avansat, un studiu a arătat că "bucuria", capacitatea de a se bucura, independent, este factor de predicție pentru timpul de supraviețuire. Pacienții cu un scor mai ridicat al acestei calități, au tins să trăiască semnificativ mai mult.

Probabil că un mecanism prin care fenomenul suportului psiho-social afectează răspunsul la boală constă tocmai în îmbunătățirea unei astfel de dispoziții pozitive sau într-o serie de modele de răspuns, încadrate în ceea ce se numește - stare de bine .

Cercetătorii din țările în care sistemul de intervenție psiho-socială pentru bolnavii de cancer este bine pus la punct, continuă să fie fascinați de efectele posibile ale acestor intervenții asupra cursului bolii. Numeroase studii au scos în evidență că intervenția psiho-socială crește nu numai confortul pacientului, ci însăși calitatea vieții lui și că îl pot ajuta să trăiască mai mult. "Rezultatele acestor studii indică clar faptul că intervențiile psiho-sociale au efecte pozitive asupra adaptării emoționale, adaptării funcționale și asupra simptomelor legate de boală și tratament în cazul adulților bolnavi de cancer".

INTERVENȚII PSIHO-SOCIALE PENTRU BOLNAVII DE CANCER. PRINCIPII DE ABORDARE

Numai "tratamentul cancerului", singur nu mai poate fi acceptat ca unic obiectiv al unei instituții de cercetare a cancerului. Prolungirea timpului de supraviețuire de calitate este un obiectiv pentru jumătate din pacienții cu cancer care nu au șanse să fie vindecați astăzi. Pentru a realiza acest lucru, va fi nevoie să se acorde o mai mare atenție aspectului "uman" și psihologic al cancerului, atât în cercetare cât și în îngrijire (Jimmie C. Holland, M.D.).

La noi, intervențiile psihosociale privind cancerul au nevoie de suport. Ele trebuie să fie parte integrantă a acțiunilor de prevenție, control și recuperare în cancer. O reformă a îngrijirii pentru sănătate pentru a atinge anumite standarde trebuie să dezvolte toate aspectele ei.

Intervențiile psihosociale pentru bolnavii de cancer au ca obiectiv principal îmbunătățirea stării psihice și funcționale, (reducând suferința emoțională și facilitând adaptarea la boală și tratament).

Unele intervenții se adresează și membrilor familiei bolnavilor, întrucât reușita lor în a face față situației este esențială pentru starea de bine a pacientului.

Calitatea vieții pacientului și adaptarea lui în fiecare moment al bolii este în funcție de ba;ansul delicat între aspectele medicale, diminuarea efectelor unei stări psihice proaste și suportul social. În cazul în care starea psihică este echilibrată, boala este incipientă și bolnavul beneficiază de un suport psiho-social eficient, atunci pacientul are mai puține dificultăți psihologice importante. Dacă starea psihică este proastă și resursele, atât cele personale, cât și cele sociale au unele dificultăți, pacientul are nevoie de ajutor, suport psiho-social, chiar dacă severitatea bolii nu este mare și incapacitatea este minimă. În prezența unei boli severe, uneori și o persoană cu resurse psihice - forță, echilibru emoțional, stil eficient de a face față dificultăților - poate simți la un moment dat că îi este greu să reziste și din acel moment, are nevoie de ajutor.

Când resursele personale și/sau sociale prezintă deficiențe, probabilitatea unor tulburări psihice semnificative este foarte mare. Este necesar ca aceste probleme să fie identificate cât mai devreme, să se acorde suport psiho-social astfel încât să poată fi redus riscul de decompensare psihică. Vorbind de suportul psiho-social al bolnavilor de cancer avem în vedere intervențiile:

- familiei (soț, soție, partener, alte rude);
- societății (prietenii, vecini, colegi);
- comunității
 - asociații, fundații, servicii de îngrijire;
 - grupuri de auto-ajutorare;
 - biserica;
- personalului din domeniul sănătății, specialiștilor.

Ariile cele mai importante pe care le pot aborda sunt: informațional, emoțional-afectiv, practic (financiar, instrumental).

În orice situație, supravegherea, atenția acordată stării psihice a pacientului, din partea întregului personal care se ocupă de îngrijirea lui este esențială pentru adaptarea la solicitări, pentru creșterea calității vieții pacientului în toate etapele bolii.

Un sistem de îngrijire optim, complet, are în vedere faptul că tulburarea emoțională face parte din boală, în cazul fiecărui pacient. Suportul psihosocial la nivelul de bază trebuie să fie asigurat de toți membrii personalului de îngrijire, mai ales prin oferirea unor informații și direcționare a bolnavilor, în general. Acest nivel de intervenție se adresează perturbărilor emoționale firești.

Al doilea nivel al îngrijirii sub aspect psihosocial este cel de rutină care trebuie să fie asigurat de asistenții sociali (care se ocupă de problemele practice ale bolnavilor legate de boala lor), preoți (suport spiritual), consilierii, pacienți „veterani” (care pot vorbi despre propria lor experiență în lupta cu boala), grupurile de autoajutor.

Următorul nivel este cel în care sunt abordate problemele speciale, unele tulburări psihice care necesită un diagnostic diferențiat, probleme care solicită psihoterapie, intervenții comportamentale pentru controlul durerii, anxietății, dar și suport psihosocial.

Intervenții psihoterapeutice

Pentru bolnavii de cancer, psihoterapia este în esență suportivă și este practică în situații de stres major. Ținta este boala și consecințele ei. În acest caz nu se încearcă demontarea defenselor psihologice; intenția este de a ajuta pacientul de a găsi „mecanismele de coping” cele mai eficiente, în cazul lui. Are forma unei intervenții în criză, mai degrabă decât a unei psihoterapii intensive. Încearcă să se centreze pe problemele specifice mai degrabă decât să încerce o analiză mai generală, o examinare pe termen lung, a psihicului bolnavului. Terapia individuală după diagnosticul de cancer se centrează în special pe următoarele probleme: depresie, anxietate, unele disfuncții (incapacitate de concentrare), probleme specifice - consecințe ale bolii și stăpânirea lor, unele schimbări apărute în familie, probleme care au existat anterior și au fost accentuate de cancer.

Problemele specifice - consecințele apariției bolii, cei mai des abordate sunt: frica de recidivă, de durere, de moarte; frica de operațiile adiționale care pot crea alte probleme; dificultăți practice.

Prin diferite procedee, psihoterapia elimină o serie de reacții emoționale cu caracter dezadaptativ și comportamente neadecvate. Bolnavul este ajutat să elaboreze modele de comportament mai eficiente.

Consilierea

Consilierea, o intervenție mai restrânsă decât psihoterapia, este de obicei de natură suportivă, informativă, cathartică, catalitică, confrunțativă. Este utilă în fiecare moment important, în perioadele intens stresante,

pe parcursul tratamentului. Obiectivul este adaptarea și îmbunătățirea capacității funcționale. Se oferă posibilitatea ameliorării tehnicilor de rezolvare a problemelor.

Psihoterapia de acest gen se poate desfășura și în grup; contează preferința pacientului. Unii se simt mai bine în grup întrucât își diminuează simțământul de izolare.

Intervenții cognitiv-comportamentale

Sunt centrate pe terapia durerii cronice (de intensitate medie), controlul apetitului, efectele secundare asociate chimioterapiei și radioterapiei, simptomelor de anxietate și depresie.

Tehnicile comportamentale includ: relaxarea musculară progresivă, hipnoza, imagieria mentală, tehnicile cognitive feedback, desensibilizare sistematică.

Scopul acestor terapii este de a ușura problemele cu care se confruntă în prezent pacientul; este eficientă când simptomul este bine precizat. Aceste metode de control al simptomelor este eficient în înlăturarea tulburărilor legate de tratament în timpul terapiei, a procedurilor. Pot fi utile în efectele secundare anticipatorii prin chimioterapie, în special greața și voma. Acest gen de terapie se poate desfășura și în grup.

Grupuri suportive cognitiv-comportamentale, ajută pacienții să facă față fricii, prin izolarea gândurilor negative și apoi sugerarea diferitelor comportamente care pot ajuta pe cineva să depășească frica. Sunt foarte eficiente pentru pregătirea pacienților în vederea începerii chimioterapiei. Se practică relaxarea musculară, imagerie ghidată.

Grupuri suportive educaționale, oferă pacienților informații care să-i ajute să obțină simțământul capacității de control în legătură cu boala lor. Informații privind boala, impactul tratamentului, dieta, exerciții pentru recuperare, relaxare și diminuare a stresului. Se reduce în acest fel tulburarea psihologică.

Grupurile de autoajutor (self-help group) unele conduse de profesioniști

Sunt foarte răspândite în unele țări și recunoscute pentru succesul lor în ajutarea bolnavilor să se simtă mai puțin singuri în a-și comunica simțăminte alora care înțeleg ceea ce simt ei. Studiile confirmă că există avantaje clare să vezi boala din perspectiva altora și să observi cum fac față alții problemelor similare.

Psihoterapia de grup expresiv-suportivă, un model de intervenție pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților cu cancer, experimentată în SUA, și-a dovedit eficiența; ea este bazată pe concepția existențialistă orientată pe: aici și acum, urmând căutarea unor sensuri, înțelesuri în viață și importanța înfruntării morții și altor probleme dificile.

Bibliografie:

1. Burish T. G., Carey M.P. Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients: Theoretical and developmental analysis. *J. Consult Clin. Psych.* 54: 593-600, 1986.
2. Cella D. F. Psychological adjustment and cancer outcome: Levy versus Taylor. *Am. Psychologist* 40:1275-76, 1985.
3. Cox T. C. Mackay. psychological factors and psychophysiological mechanism in the aetiology and development of cancers. *Soc. Sci. Med.* 16:381-96, 1982.
4. Cullen J. W. Behavioral, psychological and social influences on risk factors, prevention and early detection. *Cancer* 50 (Suppl., November 1): 1946-53, 1982.
5. Dafinoiu I. Sugelie și hipnoză. Ed. Știință și Tehnică, 1996.
6. Derogatis L., M. Abellof and N. Melisaratos. Psychological coping mechanism and survival time in metastatic breast cancer. *J.A.M.A.* 242:1504-8, 1979.
7. Fallofield L.J. Counselling for patients with cancer. *Br. Med.* 297(6650) 727-728, 1988.
8. Fallowfield L, Clark A. *Breast cancer*, Routledge, London and New York, 1992.
9. Fox B. H. and B. H. Newberry (eds.) *Impact of Psychoneuroendocrine system in cancer and immunity*. Lewiston, N.Y.: C.J. Hogrefe, 1984.
10. Fox B.H.. Psychosocial factors and the immune system in human cancer. In: R. Ader (ed.), *Psychoneuroimmunology*, New York: Academic Press, p. 103-57, 1981.
11. Ghilezan N. *Oncologie generală*. Ed. Medicală, București, 1992.
12. Golu M. *Dinamica personalității*, București, Ed. Geneze, 1993.
13. Golu P. *Psihologie socială*. București, Ed. Didactică și Pedagogică, 1974.
14. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 1979, 2:785-787.
15. Greer S. and M. Watson. Towards a psychobiological model of cancer. *Psychological considerations*. *Soc. Sci. Med.* 20: 773-77, 1985.
16. Greer S. and T. Morris. Psychological attributes of women who develop breast cancer. A controlled study. *J. Psychosom. Res.* 19:147-53, 1975.
17. Grossarth-Malicek R., D. T. Kanazir, H. Vetter and P. Schmidt. Psychosomatic factors involved in the process of cancerogenesis. *Psychother. Psychosom.* 40:191-210.
18. Holdevici I, Vasilescu P. *Psihoterapia, tratament fără medicament*, București, Ed. Ceres, 1993.
19. Holdevici I. *Psihoterapie* ed. Ceres, București, 1993.
20. Holland J. C, Rowland J. H. *Handbook of Psychooncology*, New York, Oxford University Press, 1989.
21. Holland J.C. Management depression with cancer. *Cancer* 37(6) 366-371, 1987.
22. Iamandescu I.B. *Manual de psihologie medicală*, Ed. Infomedica, 1995.
23. Ionescu G. *Psihoterapia*. București, Ed. Științifică, 1990.
24. Ionescu G. *Tratat de psihologie medicală și psihoterapie*. Ed. Asklepios, 1995.
25. Lăzărescu M. *Psihopatologie Clinică*. Ed. Helicon, Timișoara, 1994.
26. LeShan L. psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *J.N.C.I* 22:1-18, 1959.
27. Levy S., Herban R., M. Lippman and T. d'Angelo. Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 5: 348-53.

32. Shelley E. Taylor. *Health Psychology*, Random House, New York, 1986.
33. Spiegel D., Boonin J., Yalom S.: Group support for patients with metastatic cancer. *Arch. Gen Psychiatry* 38: 527-533, 1981.
- x *Journal of the American Cancer Society* by J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991.

Capitolul 7

PROBLEMELE MEDICINII FAMILIEI DIN PERSPECTIVĂ PSIHOSOMATICĂ

Grigore Bușoi

Subiectul pus în discuție este complex, dificil de structurat pentru medicul de familie la început de drum, dar generos prin deschideri.

Ne propunem să dezvoltăm patru seturi de probleme:

1) Promovarea, menținerea și recâștigarea sănătății familiei prin modelul bio-psiho-socio-cultural și ecologic.

2) Abordarea familiei din perspectiva psihosomatică, demers fecund prin apel la principii metodologice provenite din teoria generală a sistemelor și psihosociologia grupurilor mici.

3) Decriptarea tulburărilor și patologiei psihosomatice a familiei, plecând de la disfuncționalitățile vieții familiale.

4) Să evidențiem reperele esențiale ale teoriei și practicii medicinei psihosomatice familiale.

Pentru început însă simțim nevoia unei puneri succinte în temă.

I. Corpus: medicina familiei-medicina psihosomatică

Vom prezenta o serie de teme în consonanță care permit înstăpânirea medicului asupra teoriei și practicii medicinei psihosomatice.

1. Susținerea sănătății familiei prin modelul bio-psiho-socio-cultural și ecologic

Pentru medicul de MG/MF elementul de referință al întregii sale activități este sănătatea, în acest context boala este o pierdere a sănătății.

Sănătatea în derularea ei, de la sănătatea deplină la sănătatea pierdută, este, în substanță și formă, o rezultată multifactorială bio-psiho-socio-culturală și ecologică de tip vectorial, exprimată ca libertate funcțională și relațională.

Lucrurile ar fi relativ simple dacă am aborda sănătatea individului izolat, scos din câmpul său de viață, cu secționarea conexiunilor. Numai că

individul aparține unei grupări umane de tip special care este familia sa, că el acționează într-un câmp existențial multiplu articulat, într-o rețea, plasă care-l susține, îl învâluie și îl leagă.

Revelator în această conexiune este relația dialectică primă minte-corp, relația dialectică secundă ins-familie, relația dialectică terțiară familie-comunitate (societate) și relația dialectică cuaternară societate-mediu.

Acum putem spune că înțelegem sănătatea familiei ca o capacitate funcțională a sistemului familial, mereu pus în condiții de solicitare, care dispune de răspunsuri adecvate, de ripostă și de repliere și care conduce în final la menținerea homeostaziei familiale sau la ajustarea ei în limitele unei redun-dante reacționale, acceptate ca satisfăcătoare.

În același timp trebuie spus că familia este o casă cu ușă batantă a existenței umane care face trecerea între individ și societate. Este evident că individul și familia se află într-o unitate dialectică, iar familia este genul proxim al relațiilor sociale ale omului.

Umanizarea și socializarea indivizilor se realizează în familie, și fără acest adevăr orice discuție despre om rămâne săracă și periferică.

În ciclicitatea evoluției sale, de la copil la adult și vârstnic, individul se află alături de ceilalți membri ai familiei în dublă postură, de receptor și de emițător al unor semnale și situații care induc procese transformatoare sanogene sau patologice către sine și spre membrii familiei sale.

Experiențele interpersonale ale copilului, deprinse în familie, se înscriu adânc în forul său interior, condiționând hotărâtor abordările și expectațiile relațiilor interpersonale și reușitele omului de mâine, în exercitarea rolului său de partener conjugal, de părinte și de cetățean.

Modelul bio-psiho-socio-cultural al sănătății și al bolii a făcut carieră și el este operațional pentru specialistul de MG/MF prin aceea că induce abordarea comprehensiv-holistică a omului.

Dacă acest model este privit dinspre polul pozitiv avem de a face cu sănătatea și el traduce:

- moștenire genetică fără defecte importante și libertate funcțională a sistemelor organismului,
- trăire canestezică, echilibru dispozițional, contacte interumane lejere;
- îndeplinirea îndatoririlor cotidiene și participare opțională la viața socială,
- stil de viață sanogen, cu evitarea factorilor de risc.

Invers, același model privit prin polul negativ conduce la definirea bolii.

Psihosomatica este importantă pentru medicul de MG/MF pentru că permite studierea interrelației minte-corp ("mind-body"), inclusiv cunoașterea condiționării și amorsării psihofiziologice - către sănătate sau psihopatologice - către boală.

Este de subliniat că psihosomatica cultivă acțiuni pertinente în scop diagnostic (clinica psihosomatică) și terapeutic (diferite forme de psihoterapie).

Este adevărat că psihosomatica s-a ocupat de analiza factorilor psihocomportamentali implicați în apariția și dezvoltarea diferitelor

îmbolnăviri exprimate somatic, dar noi am dori să recuperăm psihosomatica pentru medicina sănătății.

De aceea vechiul adagiu "minte sănătoasă în corp sănătos" poate fi actualizat în formula: sănătatea minții pentru sănătatea individului, pentru sănătatea familiei, pentru sănătatea societății și pentru sănătatea mediului.

2. Familia ca sistem și ca microgrup, percepții deschizătoare pentru medicina psihosomatică

Abordarea sistemică a familiei permite studiul ei în interrelații ierarhic inferioare - individul și ierarhic superioare - comunitatea, societatea și mediul, cu posibilitatea interpretării și explicării manifestărilor funcționale - comportamentale ale familiei în viața de toate zilele.

Fenomenele familiale gândite sistemic, prin modelul structură-interacțiune, au valoare euristică în psihologia și psihopatologia familiei.

Stadiile succesive ale familiei, atât în procesele de dilatare cât și de contracție, cuprind momente de stabilitate și de tranziție cu relevanță în patologia psihosomatică. Copilul, ca inițiator al proceselor familiale de restructurare, la care se pot adăuga și factorii externi, în diferitele lor ipostaze, probează capacitatea de autoreglare a sistemului familial, prin relevarea unor reguli de comportare și modalități de comunicare, prin evidențierea tonusului afectiv și a capacității reacționale.

Dintre indicatorii globali ai organizării sistemice a familiei trebuie luați în considerație:

- ▲ homeostazia familiei (echilibru, stabilitate)
- ▲ coeficientul de coeziune
- ▲ configurația rețelei comunicaționale
- ▲ tendința de evoluție
- ▲ capacitate reacțională

Abordarea complexă, multifactorială a interdependențelor în câmpul sistemic se face prin aplicarea legilor stocastice, prin elaborarea unor modele matematice.

Parafrazând pe V. Săhleanu putem spune că, pentru medic, dacă e greu să aplice matematica, știința rece, e mai ușor și mai potrivit să aplice, creativ, arta terapeutică fierbinte.

Într-o viziune antropologică și dinamică, familia corespunde definiției microgrupului prin ceea ce are el esențial, adică prin coeziune (indivizii coexistă, renunțând la individualism, în favoarea grupului luat ca întreg).

Coeziunea familiei din perspectiva conflictogenă, via medicina psihosomatică, are patru momente de dificultate:

- a. apropierea dintre cei doi parteneri conjugali este marcată de apartenența lor la familiile din care provin;
- b. satisfacerea nevoilor membrilor familiei, luați individual, în relația cerere-ofertă;
- c. desprinderea copiilor (separare precoce, fuga adolescenților etc.);
- d. despărțirile (divorț, deces, înstrăinarea).

Pentru păstrarea coeziunii, familia emite norme, în registru propriu axiologic, care reglementează comportamentele membrilor.

Coeziunea familiei relevă caracterul propriu al relațiilor afective și ea este pusă în valoare în momentele dificile ale existenței familiei: perioadele de tranziție și în rezolvarea crizelor.

Eterogenitatea microgrupurilor produsă prin caracteristici diferite ale componentelor (funcție de: vârstă și sex, statusuri și roluri și capacități operaționale) se evidențiază mai ales în registrul psihologic: aspecte cognitive (fiecare are un anumit QI și nivel cultural; comunicarea este diferită datorită diferențelor de limbaj proprii diferitelor vârste), dezvoltare afectivă (de exemplu reactivitate emoțională diferită în fața unui eveniment la nivelul familiei) și evoluție psihosocială (de exemplu adulții își conservă autonomia, copiii luptă pentru câștigarea identității).

În tulburările afective la nivelul familiei, asistăm la perturbări ale rolului jucat în familie de membrii săi. Prin rol înțelegem un ansamblu de comportamente așteptate în funcție de locul sau funcția pe care un individ îl are într-un grup social.

Perturbările de rol pot îmbrăca diferite forme de exprimare, ele putând fi: insuficiente, excesive, fluctuante sau de necunoaștere.

Astfel, în mod normal, tatăl este liderul instrumental al familiei, el emană autoritate, este responsabil cu securitatea familiei și realitățile extrafamiliale. Iar mama este acreditată ca lider emoțional al familiei, ea identifică nevoile afective ale familiei și este responsabilă cu relațiile intrafamiliale.

Ne vine în minte o exprimare sugestivă, de sorginte populară, privind rolurile bărbatului și femeii în familie: "Casa fără bărbat este pustie pe dinafară, iar cea fără de femeie este pustie pe dinăuntru".

Inversarea rolurilor parentale sau lipsa unității coaliției parentale aduc prejudicii dezvoltării psiho-socio-somatice a copiilor.

3. Disfuncționalitățile vieții familiale și patologia psihosomatică

Pentru a aplica la familie conceptul psihosomatic și pentru a înțelege mecanismele de articularie morbigene în această asociere, trebuie să expunem funcțiile familiei și să trecem în revistă principiile fundamentale ale funcționării familiei.

Dacă avem în vedere funcțiile esențiale ale familiei și potențialul lor conflictogen inductor de patologie psihosomatică, pentru o mai bună cunoaștere și acțiune noi le ordonăm într-o dispunere proprie. Astfel, familia asigură următoarele funcții:

1. cadrul material al existenței comune (hrană, adăpost, îmbrăcăminte);
2. reglementarea vieții sexuale și reproducerea umană;
3. pregătirea copiilor pentru rolul de adulți;
4. funcția de stabilizator emoțional;
5. rolul de purtătoare a valorilor morale și a tradițiilor;
6. cooperarea economică, cu repartitie de bunuri ce vizează dezvoltarea și menținerea unității microgrupului;
7. cadrul de protecție a membrilor aflați în impas, dezideratul maxim fiind reinsertia socială.

Iată acum și principiile fundamentale ale funcționării familiei. Aceste principii sunt:

1. Familia este mai mult decât o colecție de individualități, ea este o unitate sistemică interactivă ce are ca părți comune: un anumit risc genetic, diferite ritualuri existențiale și o anumită experiență de viață.

2. Familia propune modele credibile care reglementează comportamentul membrilor ei.

3. Simptomele unui membru sau unor membri ai familiei pot da referințe despre funcționalitatea întregului.

4. Abilitatea de a se adapta la o realitate schimbătoare este un semn al funcționării sanogene a familiei.

5. În familie funcționează relația diagnostică și terapeutică în triunghi: caz (persoana în cauză), medic (agentul sănătății) și restul familiei (cadru și suport).

6. În familie funcționează modelul umanist "toți pentru unu" care facilitează atât diagnosticul cât și terapia instituită.

7. Nu există o familie standard, ci familii, cu structuri și exprimări funcționale specifice, și acest lucru trebuie avut în vedere de medic în acțiunile sale.

Fiecare din cele 7 funcții aparținătoare unei familii poate fi analizată ca disfuncție. Condensându-le ajungem la 3 funcții importante și anume:

- ▼ funcția referitoare la cuplu;
- ▼ funcția care are ca obiect dezvoltarea copilului;
- ▼ funcția ce se raportează la societate.

Conflictele la nivelul cuplului apar, spre exemplu, când parteneriatul nu funcționează, când există tulburări sau neîmpliniri în sfera sexuală și când există moșteniri sau percepții diferite asupra vieții.

O problemă centrală a familiei este reprezentată de funcția de îngrijire a copilului, unde nevoia de afecțiune și de asigurare a securității lui devin elemente obligatorii ale acestui demers acțional.

Această funcție este la rîndul ei dependentă de o serie de alți factori cum ar fi: relațiile dintre părinți, vârsta părinților (părinți tineri - personalități în plină structurare), aportul de încărcare cu sarcini (de exemplu mama profesează, are răspunderi mari în gospodărie și are grijă de mai mulți copii), veniturile familiei (surse financiare modeste), asigurarea educației.

În ceea ce privește funcția ce se raportează la societate, apare un conflict între ceea ce oferă societatea (de exemplu pierderea locului de muncă) și cerințele familiei (soțul este singurul susținător al familiei). Pot apărea și alte situații: soțul militar sau soțul care profesează departe de casă.

II. Repere esențiale în teoria și practica medicinei psihosomatice familiale

1. Medicina generală/medicina de familie în acord cu doctrina sa antro-po-socio-ecologico-sophică, ca disciplină medicală integratoare și integralistă, ca specialitate a cursului vieții care are ca punct de referință sănătatea, înțelege relația psyché-soma mai ales prin manifestările rezultate, normale și patologice, constatate la nivelul individului și familiei.

2. Familia în evoluția ei exprimă două laturi: o latură conservatoare (relevă o relativă stabilitate cu păstrarea coeziunii și identității familiei), care se face prin efortul colectiv al componentelor, și o latură evolutivă (perioade de tranziție, cu tensiuni și anxietăți) produse prin intermediul membrilor ei, luați individual. Din punct de vedere psihosomatic prima latură induce sănătatea familiei, iar cea de-a doua produce, de regulă, suferința și, posibil, boala.

3. Plecând de la unitatea psihosomatică a organismului uman și a familiei, medicina psihosomatică relevă atât sănătatea cât și patologia corporală a individului sau a unor componente ai familiei, în relație directă cu viața psihică. Astfel, expresii psihologice, simțăminte pozitive și emoții negative își găsesc corespondent în exprimări somatice: sănătate fizică, respectiv simptome (prepoziții psihosomatice), tulburări (propoziții psihosomatice) sau boli (frazе psihosomatice).

4. În cercetarea stării de sănătate a familiei trebuie să plecăm de la cunoașterea stării de funcționare a coaliției parentale, întrucât ea asigură unitatea conducerii.

5. Acțiunile și comportamentele fiecărui membru al familiei au consecințe directe și indirecte, manifeste sau latente, asupra celorlalți membri ai familiei.

6. Între membrii familiei există în anumite perioade tensiuni, ce pot ajunge la conflicte. Problemele psihologice create în dublete (de exemplu tată-fiu) sau triplete (de exemplu tată-mamă-copil) induc o atmosferă psihosomatizantă familială.

7. Medicul de familie trebuie să depisteze stările disarmonice familiale, care se manifestă ca: familie supraprotectivă, familie rigidă, familie superpermisivă, familia disipată ca și alianțele intrafamiliale împotriva membrului "pus la colț".

8. În patologia psihosomatică familială apar fenomene specifice: în conflictul dintre soți rezonatorul este copilul, contagiunea emoțională (boala în doi sau în cascadă), copilul în rol de rival cu părintele de același sex, alegerea țapului ispășitor, încălcarea limitelor între generații.

9. Pentru un medic aflat în căutarea adevărului științific există și o patologie psihosomatică familială mascată (nu este relevat unul dintre termenii procesului psihosomatic).

10. Pentru un medic experimentat apare ca indubitabil faptul că în orice tulburare sau boală psihosomatică există și o rădăcină familială: teren reactiv moștenit, stil de viață deficient, relații familiale perturbate.

11. Bolile psihosomatice pot fi moștenite, ele întâlnindu-se în generații succesive. Este posibil să apară și fenomenul de secular trend. O istorie familială pozitivă în acest sens am întâlnit la astmul bronșic, hipertensiunea arterială, ulcerul duodenal, cancer de sân, migrenă, sindromul dispeptic, colonul iritabil, tulburări funcționale cardiace, vitiligo, eczemă.

12. În supravegherea stării de sănătate psihosomatice și relaționale a copilului trebuie să ne concentrăm atenția asupra câtorva puncte de importanță strategică:

- dezvoltarea copilului se realizează prin internalizarea figurii parentale de același sex și "competiție" afectivă cu părintele de sex opus;
- părinții sunt primii educatori ai copilului, dar știu ei ce să-l învețe?
- trăirea unei relații afective continue a copilului cu mama sa, sub prezența autorității planante a tatălui.

13. În prezent, factorii psihosociali în relație cu somatizarea par să îmbrace aspecte particulare:

- starea de sărăcie induce pentru indivizi suferințe care se exprimă mai mult în plan somatic decât în plan psihic, în timp ce familiile caută să demonstreze contrariul, respingând somatizarea, pentru că ea înseamnă costuri sociale ridicate;

- societatea contemporană, aflată sub formula senzorială prea repede, prea mult, prea tare, prea lucitoare, induce sindroame psihosomatice complexe, intricate. În acest sens se descriu: sindromul oboselii cronice și fibromialgia;

- dezordinile din viața familială, conflictele apărute pe un fond deficient educațional și/sau nutrițional în multe cazuri scurtcircuitează somatizarea, transformându-se în acțiuni motorii, cu suspendarea controlului mental. Astfel apar violențe de mare gravitate, distrugerii de bunuri, violuri și chiar omucideri. În unele din aceste familii, iadul pare a fi adus pe pamânt.

14. În cadrul psihosociofizicochimioterapiei, în care-și găsește locul și psihoterapia, educația și autoajutorul sunt puncte forte care întăresc parteneriatul medic- pacient- familie.

15. Dacă marile valențe ale medicului de MG/MF în asistența preventivă, curativ-recuperativă și de predicție sunt cunoscute, este de recunoscut sub aceleași instanțe și rolul familiei. În aceste roluri familia poate potența sau îngreuna acțiunile medicului.

Concluzii

1. Medicina psihosomatică este importantă pentru practica medicală în general și pentru medicul de familie în special pentru că evidențiază unitatea organismului, revalorizează personalitatea subiecților și terenul reactiv, invită la depistarea componentei psihice în etiopatogenia bolilor.

2. În realitatea practică **cuplajul psihosomatic ca fenomen răspuntic** (punte cu răspântii la cele două capete: confluente, respectiv alternative) relevă intrările (agresiunea psihică, terenul reactiv și mediul familial permissiv) și ieșirile (entități morbide apărute) și **pune în ecuație cei trei "C"**, adică creierul (receptor și rezonator), corpul (reactor, expozant și solicitant) și **comunitatea** (care îngăduie, suportă, modulează și codifică stresul- suferința).

3. În cunoașterea și stăpânirea procesului psihosomatic medicul de MG/MF, prin poziția și ofertele sale în sistemul medical al sănătății (medic de prim contact, medic al continuității și integrării, medicul personal al pacientului, gate-keeper-ul sistemului), devine personajul principal al acțiunii medicale.

4. Abordarea psihosomatică reprezintă pentru specialitatea MG/MF o primă formă și treaptă de acțiune holistică. Modelul de referință al viitorului va fi însă cel bio-psiho-socio-ecologic; acolo și atunci empatia, eticul și economicul vor intra în hora unirii.

5. Sunt necesare studii și confruntări care să clarifice dezvoltarea raportului psiche-soma ca nucleu al unei medicine antropologice, să se realizeze o clasificare taxonomică a patologiei psihosomatice și să se descifreze etiopatogenia unor sindroame psihosomatice insuficient cunoscute (de exemplu: sindromul oboseli cronice).

Bibliografie

1. Athanasiu A. *Elemente de psihologie medicală*, Ed. Medicală, București, 1973.
2. Bușoi Gr. *Bazele teoretice și practice ale medicinei generale*. În: *Medicina generală* (sub red. Marin Voiculescu), Ed. Medicală, București, 1990.
3. Bușoi Gr. *Sănătatea și patologia familiei*. În: *săptămânalul Viața Medicală*, 1991, nr.38, 39 și 40.
4. Bușoi Gr. *Bolile psihosomatice și medicina generală*, *Revista Medicală Română*, 1997, nr.1, 2-6.
5. Iamandescu I.B. *Stresul psihic și bolile interne I*, Ed. All, București, 1993.
6. Iamandescu I.B. *Psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București, 1995.
7. Iamandescu I.B. *Probleme de ordin psihosomatic în cardiologie și modalități principale de abordare psihosomatică a bolnavilor cardio-vasculari*, *Revista Medicală Română*, 1996, nr. 2-3, 55-60.
8. Ionescu Aurelia. *Psihologia familiei. Normalitate și psihopatologie familială*, în *Psihologie clinică* (colectiv de redacție: G. Ionescu, M. Bejat, V. Pavelcu), Ed. Academiei R.S.R., București, 1985.
9. Ionescu G. *Psihoterapia*, Ed. Științifică, București, 1991.
10. Luban-Plozza B., Pöldinger W, Kröger F. *Boli psihosomatice în practica medicală*, Ed. Medicală, București, 1996.
11. Peseschkian N. *Positive Family Therapy (The Family as Therapist)*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New-York Tokyo, 1986.
12. Săhleanu V. *Concepții despre om în medicina contemporană*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976.
13. Tudose F. *Corpul în psihiatrie (teză de doctorat)*, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, 1998.
14. XXX - *Dicționar de psihologie socială*, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1981.
15. XXX - *Health promotion research - Towards a new social epidemiology* (edited by B.Badura and Ilona Kickbusch), WHO Regional Publications European Series No.37, 1991.

Capitolul 8

ALGORITM DE INVESTIGAȚIE PSIHOSOMATICĂ ÎN PEDIATRIE

Carmen Ciofu, Liliana Diaconescu

"Nu există nimic mai psihosomatic decât copilul"
Ajuriaguerra

Premize teoretice

Tratatele de psihosomatică, fie ele clasice sau actuale, menționează o serie de reguli privind abordarea psihosomatică a bolnavilor, valabile în special pentru adulți, referirile asupra evaluării în plan psihologic a copilului bolnav fiind concentrate (dacă sunt luate în considerație !) în capitole separate. O astfel de "tratare" a acestei probleme deosebit de complexă are, însă, justificările sale pe care vom încerca să le împărtășim în cele ce urmează.

Complexitatea și particularitățile abordării psihosomatice a copilului sunt determinate de o varietate de factori:

- copilul este un organism în creștere ce prezintă modificări dinamice;
- prezența patologiei pe un astfel de teren aflat în rapid proces de creștere și dezvoltare se repercutează, uneori ireversibil, asupra întregii dezvoltări psihice a copilului;
- legătura dintre dezvoltarea somatică și psihică este foarte strânsă (afecțiunile somatice se însoțesc de încetiniri sau opriri ale dezvoltării psihice; tulburările psihice sunt, mult mai pregnant decât la adult, întovărășite sau reflectate de tulburări somatice);
- boala psihosomatică a copilului este definită după Pinkerton prin triada: profil personal; contribuție parentală; stresuri emoționale, deseori banale.
- stadiul dezvoltării psihoafective și mintale a copilului este important în momentul impactului cu factorul care declanșează boala psihosomatică;
- cu cât copilul este mai mic, cu atât sunt mai exprimate modificările psihosomatice (vezi sugarul care reacționează "primar" la stimuli simpli: lumină, zgomot);
- prezența particularităților psihice, neurologice și somatice specifice diferitelor etape de vârstă condiționează modul și căile de abordare terapeutică;

- statutul socio-familial plasează copilul într-o postură de totală dependență afectivă și materială, iar familia apare în postura de intermediar între medic și bolnav;

- medicul pediatru trebuie să obțină o relație psihologică cu copilul și încrederea acestuia, iar pentru vârstele mici, mai important este o relație pozitivă cu familia copilului, respectiv mama sau persoana care îngrijește copilul, care devine o sursă de informații esențiale pentru diagnostic (date complete de anamneză, tulburări de comportament, etc.). Modul în care sunt relatate suferințele copilului (empatic, indiferent, cu notă personală) constituie elemente suplimentare pentru diagnostic. Convorbirea cu părinții evidențiază familiile hiperprotectoare, familiile cu nivel socio-cultural scăzut, elemente care și-au pus amprenta asupra dezvoltării socio-cognitive sau comportamentale a copilului ("sindromul Munchausen prin înlocuitor" caracterizat prin aceea că mama - prezentând o atitudine hiperprotectoare și o autoritate patologică - solicită un număr enorm de consultații medicale, deși copilul este normal dezvoltat fizic, intelectual și sexual).

Orice examen psihologic va fi precedat de examen pediatric complex care să evalueze suferințele organice ale copilului, eventuala încadrare într-un sindrom genetic, etc.

Anamneza, pe lângă elementele medicale propriu-zise trebuie să aibă în vedere:

1. Antecedente personale fiziologice - cu implicații psihologice și psihosomatice în cadrul cărora o importanță maximă o are dezvoltarea neuropsihică și comportamentală a copilului, definită de H.Ey ca proces de metamorfoză a nou-născutului subordonat principiului plăcerii în adultul care ascultă de imperativele realului și rațiunii.

Dezvoltarea neuropsihică și comportamentală cuprinde:

1. Dezvoltarea motorie. Trebuie subliniat că dezvoltarea copilului este progresivă, având caracterele unei spirale. Noile achiziții se clădesc pe cele preexistente. În perioadele de boală sau stress se remarcă regresivitatea temporară a performanțelor motorii și sociale.

2. Dezvoltarea cognitivă. Aceasta include procesele mentale sau operaționale prin care sugarul devine conștient de existența obiectelor din mediu. Procesele cognitive includ percepția, raționamentul, judecata, memoria. Conform lui Jean Piaget, dezvoltarea cognitivă cuprinde: perioada senzori-motorie, stadiul de dezvoltare preoperațional, etapa de gândire concret operațională. Majoritatea comportamentelor copiilor după naștere sunt înnăscute, dar ele pot fi modificate prin stimuli din mediul înconjurător. Dezvoltarea cognitivă este influențată de factori biologici, psihologici, sociali, medicali, de mediu, aflați într-o strânsă interdependență. S-a observat că factorii nebiologici au un rol preponderent dacă sistemul nervos

nu este grav afectat. Dintre toți, decisiv este factorul familial (nivelul educativ al mamei, starea ei maritală, nivelul economic și cultural, stresurile familiale). Astfel, în cazul unui deficit al funcției cognitive a copilului, trebuie luată în considerare existența unor factori de risc în familie, frecvent incriminându-se o comunicare defectuoasă părinți-copii, o substimulare în cadrul interacțiunii părinți-copii, separarea temporară sau îndelungată de părinți.

3. Inteligența. În determinismul inteligenței copilului trebuie incluși factorii genetici (determinanți) și factorii de mediu. Unele studii au stabilit existența unei corelații între comportamentul mamei și inteligența copilului (ostilitatea mamei în prima copilărie se corelează cu un nivel scăzut de inteligență a copilului ajuns la vârsta adultă).

4. Comportamentul prosocial și socializarea. Primele relații sociale apar la vârsta de trei luni. Odată cu apariția vorbirii începe și socializarea copilului. Socializarea este un proces prin care un individ devine membru al unui grup social: familie, comunitate. Pentru a fi acceptat ca membru al grupului, el trebuie să cunoască obiceiurile, atitudinile, dorințele, valorile și expectanțele grupului. Copilul începe să înțeleagă ce așteaptă familia (sau comunitatea) de la el, cum să-și controleze reacțiile agresive concordant cu normele de conviețuire socială. În timpul procesului de socializare copilul învață normele de comportare în societate, rolurile sociale, sensurile ritualurilor, autocontrolul și autostima. În socializare un rol important au: părinții (ca modelul social cel mai apropiat de urmat), relațiile cu ceilalți copii, jocul, televiziunea.

5. Dezvoltarea afectivității. Procesele afective se referă la: anxietate, depresie, frică, gelozie, bucurie, amplitudinea emoțiilor. La naștere, există circuite neuronale performate care controlează emoțiile. Esențial pentru afectivitate este primirea unui răspuns (feed-back) din partea interlocutorului, existența unei stări emoționale reciproce și rolul modelului matern. Dezvoltarea afectivității depinde de: atitudinea empatică a părinților, calmul/descărcările emoționale necontrolate ale părinților, stresul familial. Nevoia de afecțiune este una dintre trebuințele umane ce trebuie satisfăcute (așa cum rezultă din piramida trebuințelor prezentată de A.Maslow).

6. Achiziția lingvistică. Dezvoltarea vorbirii este o dovadă de dezvoltare cognitivă, iar prin comunicare influențează inserția socială. Capacitatea copilului de a vorbi apare în jurul vârstei de un an. Dezvoltarea vorbirii se face în legătură cu factorii de mediu (de exemplu, copiii ce provin din medii sociale precare vor utiliza un limbaj sărac, neexpresiv).

7. Jocul. Exprimă stadiul de dezvoltare fizică, cognitivă și psihonoțională.

De subliniat este faptul că atât factorii biologici cât și cei psihosociali reprezintă în egală măsură factori de risc pentru dezvoltarea copilului (Tabelul nr.1).

Tabelul nr. 1. Factorii de risc pentru dezvoltarea copilului (reprodus parțial după Buddeberg-Fischer und Buddeberg)

FACTORI DE RISC	EXEMPLE
Biologici:	
Dispoziția genetică	Diabet zaharat, boli autoimune, schizofrenie, depresie
Leziuni prenatale	Infecții materne
Perinatale	Complicații obstetricale la naștere
Postnatale	Hemoragii cerebrale
Psihosociali	Conflicte, abuzuri corporale
Boala psihică în familie	Tulburări comportamentale ale părinților, fraților
Condiții educaționale inadecvate lipsă de experiență a mamei	Hiperprotecție, respingere,
Factor stress prin îndepărtarea din familie	Internat sau orfelinat, familii adoptive
Factori stresanți sociali	Discriminare, migrație

II. Antecedente heredo-colaterale

Se referă la:

- starea sănătății mamei înainte sau în timpul sarcinii, vârsta mamei la nașterea copilului, boli ale mamei debutate postnatal
- starea sănătății tatălui
- existența unor boli în familie (tuberculoza, luessul, starea de purtător de AgHBs a mamei)
- existența unor boli psihice în familie (schizofrenia)
- existența unor boli cu transmitere genetică în rândul fraților, rudelor

Toate acestea sunt de importanță extremă pentru diagnosticul și încadrarea bolnavului. În special bolile psihice și cele genetice, chiar dacă nu sunt manifestate la copil, influențează psihicul acestuia (ce poate prezenta o fragilitate emoțională) sau pot determina ulterior boli psihosomatice.

III. Cadrul familial

De mare însemnătate sunt și aspectele legate de familie:

1. Calitatea vieții de familie este influențată de factori ce au repercusiuni asupra dezvoltării copilului:

a) Nivel material (economic):

- stresul unor finanțe insuficiente=sursă de instabilitate a familiei;
- apariția unui copil scade standardul economic al unei familii cu resurse financiare limitate

b) Nivel intelectual

c) Nivel cultural

d) Nivel de educație sanitară

Ambii părinți exercită influențe asupra copilului, dar mama rămâne părintele crucial.

2. Echilibrul, stabilitatea familiei se referă la următoarele aspecte:

a) situații conflictuale

b) familii dezorganizate

c) divorțul părinților

d) boala cronică a unui părinte sau frate

e) boli psihice în familie

f) decesul unuia din părinți sau a unui copil

Toate aceste situații afectează echilibrul familiei, ceea ce va determina afectarea emoțională a copilului (în funcție de vulnerabilitatea acestuia la stress).

3. Interacțiunile din cadrul familiei:

a) Relația copil-familie:

Este o relație în dublu sens: familia influențează dezvoltarea și comportamentul copilului, iar copilul influențează familia (nașterea unui copil, schimbările intervenite în viața acestuia, conduc la restructurarea activității familiei). Din acest motiv examinarea copilului trebuie efectuată în corelație cu datele familiei și nu ca un caz izolat.

b) Relația copil bolnav-familie:

Boala cronică a copilului produce stress emoțional, social și economic asupra familiei (în special asupra mamei). Boala cronică afectează copilul pentru perioade îndelungate de timp (uneori pentru toată viața), ceea ce are consecințe asupra interacțiunii cu mediul fizic și social, mama și familia, colegii de școală. Boala copilului are implicații în fiecare etapă de dezvoltare cognitivă și psihosocială. Efectele sunt diferite, după temperamentul copilului, suportul psihologic oferit de familie, intervenția medicală și asistența socială, vârsta de debut a afecțiunii. Boala cronică

afectează legătura cu mediul și interacțiunea părinți-copii (aceasta poate evolua pe o scară largă, pornind de la hiperprotecție până la rejecție sau abandonare psihică).

4. Tipul de dominare parentală:

a) părinții autoritari combină autoritatea și fermitatea în luarea hotărârilor cu o modalitate de relație cu copilul cărui îi cultivă independența și recunoașterea drepturilor

b) părinții hiperprotectori. Supraprotecția parentală apare în cazurile unui contact excesiv între mamă și copil, la vârsta la care ar fi trebuit să se fi instalat relativa lui independență. Hiperprotecția parentală din timpul copilăriei generează lipsa de eficiență și competitivitate socială, tulburări emoționale și sexuale la vârsta adultă.

c) părinții indulgenți nu reușesc să controleze adecvat activitatea copilului, acceptă și se supun fără discernământ cererilor lui. Reprezintă un aspect disruptiv al relației părinți-copii și survine în situații familiale disarmonice.

d) părinții severi nu lasă inițiativă copilului și-l obligă să se supună fără comentarii unor măsuri educative aspre. Agresiunea parentală este consecința frustrărilor repetate în viața conjugală sau la locul de muncă. Măsurile de severitate excesivă conduc la creșterea agresivității și ostilității copilului, producând tensiuni și conflicte părinți-copii.

e) părinții agresivi provin din rândul indivizilor cu experiențe dezastruoase în timpul copilăriei, care au situații tensionate în familie, neîncadrați social. Un copil agresat sexual sau victimă a unui incest prezintă acuze psihosomatice sau tulburări de comportament.

5. Problemele psihologice cu rol determinant asupra psihicului copilului, având și implicații în patogeneză.

Redăm Clasificarea DSM IV, axul IV, privind problemele copilului în cadrul disfuncțiilor familiale:

- decesul unui membru al familiei (tata, mama), probleme de sănătate fizică sau mentală în cadrul familiei, disrupții familiale (separare, divorț), pierderea mediului de familie, recăsătorirea unui părinte rămas singur, supraprotecție familială, abuz sexual, neglijarea copilului, dezacord între frați.

- Probleme educaționale: dificultăți școlare, conflicte la școală, mediu inadecvat pentru educație corectă

- Probleme economice: sărăcie extremă, resurse financiare puține sau rău distribuite, cheltuieli inadecvate resurselor limitate.

IV. Anomalia relației părinți-copii

Este determinată de trei mari categorii de cauze:

- a) **Patologia relațională familială** (familia dezorganizată sau dizarmonică);

Situațiile nevrotigene (cauzatoare de stress);
Familii cu părinți hiperprotectori sau părinți foarte severi;
Eșecuri școlare repetate.

b) Particularitățile psihice și somatice nefavorabile ale copilului (handicap fizic sau mental);

Sindromul psihoorganic cronic (instabilitate, agresivitate, impulsivitate);
Copii dificili, greu de educat.

c) Disfuncția parentală, determinată de: complexe de inferioritate la locul de muncă sau în familie, frustrare, ostilitate, situații conflictuale, anxietate.

Anomalia relației părinți-copii se traduce clinic printr-un **complex de simptome** ce apar în cadrul bolilor somatice sau a tulburărilor de comportament:

1) **Malnutriția și întârzierea creșterii de cauză neorganică** (nanism psihosocial) sunt determinate de neglijarea psihologică a copilului și de deprivarea emoțională.

2) **Disfuncții psihice**: dificultăți de învățare, tulburări de comunicare, tulburări de comportament (sindromul tulburării de atenție, hiperactivitate, comportament agresiv);

3) **Tulburări psihosomatice** ("somatizarea" unor suferințe din sfera psihică);

a) propriu-zise: discordanța dintre "severitatea" simptomatologiei, pe de o parte, și sărăcia modificărilor obiective clinice și normalitatea investigațiilor de laborator, pe de altă parte.

b) nediferențiate: oboseală, lipsă de apetit, suferințe digestive

c) tulburări de conversie: simptomatologie "pseudoneurologică" (ca rezolvare simbolică a unui conflict psihologic inconștient)

d) durerile neorganice.

4. **Tulburările ingestiei de alimente**: ruminație, pica, anorexia nervoasă, bulimia nervoasă.

5. **Tulburări de eliminare și continență sfincteriană**:

a) enurezisul funcțional este favorizat de existența părinților hiperprotectori sau foarte severi, situațiile familiale conflictuale, separarea pe termen lung. Este un mod de reacție considerat ca inacceptabil social și creează mari complexe de inferioritate copilului. Importanța factorului psihogen este demonstrată de procentul ridicat de copii enuretici întâlnit în rândul copiilor instituționalizați.

b) encoprezisul nu este exclusiv o tulburare de comportament la copiii cu opoziționism ce își "pedepsesc" astfel părinții, ci trebuie corelat și cu existența constipației cronice funcționale.

6. **Tulburările somnului**: trezirea în cursul nopților, insomnia, parasomniile sunt determinate de factori temperamental precum și de greșeli educaționale și relații inadecvate părinți-copii.

7. **Retardul mintal** este determinat de o multitudine de factori biologici (determinanți) și psiho-emoționali, de mediu familial și social (contextul relațional familial, atitudinea părinților în timpul îngrijirii copilului, sistemul educațional).

8. **Depresia** se datorează unor factori biologici (depresia endogenă) cât și unor factori psiho-familiali (depresia exogenă). Este însoțită de simptome

somatice (instabilitate motorie, agitație, anorexie sau bulimie, tulburări de somn, tulburări digestive) și comportamentale (dezinteres pentru propria persoană și pentru ceilalți, ruperea contactelor sociale, neglijarea performanțelor academice și a igienei personale). Este determinată în principal de pierderea unei persoane dragi (decesul unui părinte, pierderea unui părinte prin divorț).

9. **Anxietatea** are drept cauze principale existența relațiilor anormale părinți-copii, lipsa afecțiunii materne, separarea. Manifestările clinice sunt diferite în funcție de vârstă.

sugarul prezintă țipete excesive, somn agitat, dezinteres pentru masă, ruminație;

- copilul preșcolar se manifestă prin hiperactivitate, suptul degetelor, rosul unghiilor, micțiuni frecvente, enurezis;

- copilul școlar refuză să meargă la școală, invocând diverse suferințe somatice, imaginare sau prin conversie (de exemplu, durerile abdominale care apar la ora plecării la școală).

V. Vulnerabilitatea copilului la stress depinde de factori genetici și psihosociali (în primul rând relația cu familia, ulterior cu școala și alte medii sociale). Nu există copil care să nu aibă stress în familie.

Se descriu:

- **factori ce pot favoriza relația copilului cu stresul:**

- *factorul stress familial*

- i. situațiile ce afectează stabilitatea familiei
- ii. relații defectuoase părinți-copii (tabelul nr.2)
- iii. tipurile inadecvate de dominare parentală
- iv. separarea temporară sau de lungă durată

- *factori ce țin de copil*

i. temperamentul (copil "ușor", copil "dificil", copil "flegmatic", ultimele două categorii prezentând mai frecvent disfuncționalități psihologice)

ii. Inteligența (copiii cu QI ridicat răspund adaptativ în condiții de stress)

iii. sexul (băieții suferă mai mult decât fetele dacă sunt supuși aceluiași situații de stress)

factori protectori împotriva stressului (ce pot acționa aditiv sau independent)

- a) relația bună mamă-copil
- b) relația bună tată-copil
- c) interesul particular al unui copil pentru un anumit domeniu de activitate
- d) copilul recompensat pentru merite școlare sau alte activități extrafamiliale

- e) relații bune cu unul din frați
- f) relații bune cu un adult din afara familiei
- g) relații de prietenie strânsă cu un coleg de școală

Tabelul nr.2: Relații defectuoase părinți-copii
(reprodus după R.C. Carson and J.N. Butcher)

Condiții nedorite	Efectele asupra dezvoltării personalității copiilor
Respingere	Anxietate, insecuritate, negativism, ostilitate, singurătate, gelozie, întârziere în dezvoltarea conștiinței
Hiperprotecție și restricții excesive	Supunere, lipsă de autoîncredere, dependență în relațiile cu ceilalți, subevaluarea
Hiperpermisivitate și indulgență	Egoism, atitudine revendicativă, inabilitate în tolerarea frustrării, nesupunere în fața autorității, nevoie excesivă de a i se acorda atenție, lipsă de responsabilitate, exploatare în relațiile interpersonale
Cerințe nerealiste	Lipsă de spontaneitate, conflicte, tendințe la autoînvinovățire dacă nu reușesc să îndeplinească cerințele părinților
Disciplină defectuoasă Lipsă de disciplină	Agresivitate, tendințe antisociale
Disciplină severă	Teama sau ura față de părinți, inițiativă și spontaneitate redusă, lipsa sentimentelor prietenești față de ceilalți
Disciplină inconstantă	Dificultate în stabilirea valorilor ce ghidează comportamentul, tendință la comportament agresiv
Comunicare inadecvată	Tendința la confuzie, lipsa inițiativei, autoidentificare neclară, devalorizare

Efectele relațiilor defectuoase părinți-copii depind de mai mulți factori:

- vârsta copilului
- personalitatea copilului
- durata și gradul relațiilor defectuoase
- percepția copilului asupra relațiilor
- contextul de viață și situația familială

Toate cele prezentate subliniază importanța și necesitatea însușirii unor cunoștințe de psihologie și în special de psihologie pediatrică, fiind evidentă importanța factorilor stresanți familiari asupra dezvoltării neuropsihice și comportamentale a copilului.

Principii de apreciere a complianței terapeutice la copil

Complianța terapeutică se definește ca un complex de reacții psihice ale pacientului la recomandările medicale. Ea reprezintă o componentă majoritar psihologică a actului medical care validează demersurile diagnostice și terapeutice întreprinse de către medic și echipa de îngrijire (Iamandescu, 1996). Depinde de o serie de factori (Iamandescu, 1998) și anume:

- Medicul, care prescrie tratamentul, poate influența complianța terapeutică prin prestigiul său, prin calitățile sale de instructor (răbdare, tact, mod explicit de prezentare a tratamentului și a efectelor sale secundare), prin calitățile relaționale față de bolnav (autoritate/apropiere/distanță față de bolnav);

- Bolnavul, ca receptor și executant al indicațiilor medicale, prezintă o complianță terapeutică ce variază în funcție de nivelul său de înțelegere, de tipul său de personalitate, de existența părerilor preconcepționate (negative) despre tratament, putând ajunge până la noncomplianță.

- Boala, prin caracteristicile sale: severitate, evoluție acută/cronică, implicațiile asupra activității bolnavului, la care se adaugă și restricțiile impuse bolnavului precum și efectele secundare ale tratamentului.

Influența socială se referă în primul rând la rolul esențial al familiei (în general pozitiv, de optimizare a complianței terapeutice), precum și la intervenția colegilor sau a celorlalți bolnavi (ce pot influența fie pozitiv, fie negativ comportamentul pacientului).

La copii, complianța terapeutică este influențată în mod particular de:

- vârsta copilului
- nivelul de înțelegere al copilului (în funcție de vârsta și dezvoltarea neuropsihică)
- temperamentul copilului
- comportamentul parental și relația părinți-copii (mamele hiperprotectoare sau cu comportament de rejecție sau de abandonare psihică a copilului duc la scăderea complianței terapeutice)
- nivelul intelectual, material și de educație sanitară al părinților, în special al mamei
- instabilitatea sau dezechilibrul familial
- implicarea familiei privind: respectarea tratamentului, asigurarea condițiilor necesare vindecării, educarea copiilor în vederea însușirii comportamentelor sanogenetice și de prevenire a îmbolnăvirilor.

Pentru a optimiza complianța terapeutică, medicul pediatru trebuie să ia în considerare toți acești factori și mai ales faptul că un copil nu poate fi abordat clinic și terapeutic decât în corelație cu cadrul său familial (stabilitate, interacțiuni părinți-copii, tipuri de dominare parentală, existența factorilor favorizanți/protectori împotriva stresului).

Bibliografie selectivă

1. Buddeberg C., Willi J. - *Psychosoziale Medizin*, Springer Berlin-Heidelberg, 1998
2. Ciofu C. - *Interacțiunea părinți-copii*, Ed. Medicală Amaltea, București, 1998
3. Ciofu C., Ciofu E. - *Examen clinic în pediatrie*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1986
4. Carson R.C., Butcher J.N. - *Abnormal psychology and modern life*, Ninth Edition, Harper Collins Publishers Inc., 1992
5. Gorgos C. - *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, vol.III, Ed. Medicală, București, 1989
6. Iamandescu I.B. - *Psihologie medicală*, Ed. Infomedica, București, 1997
7. Iamandescu I.B. - *Psychoneuroallergology*, Ed. Romcartexim, 1998
8. Meilă P., Milea St. - *Tratat de pediatrie*, vol.VI, Ed. Medicală, București, 1988.
9. Piaget J. - *Nașterea inteligenței la copil*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1973.
10. Piaget J., Inhelder B. *Psihologia copilului*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1970.
11. Schiopu V. (coordonator). *Dicționar de psihologie*, Ed. Babel, București, 1997.
